

**SOLICITUD O RECERTIFICACIÓN DEL AIDS/HIV DRUG ASSISTANCE PROGRAM
AND INSURANCE ASSISTANCE PROGRAM
PARTE B – SECCIÓN DEL MÉDICO**

**AIDS/HIV DRUG ASSISTANCE PROGRAM AND INSURANCE
ASSISTANCE PROGRAM APPLICATION/RECERTIFICATION
PART B – PHYSICIAN PORTION**

La Communicable Disease Harm Reduction Section mantendrá la confidencialidad de toda la información contenida en este formulario.

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
----------	--------	---------	---------------------

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

ESTATUS DE VIH (HIV)

¿Se le ha diagnosticado el VIH a este paciente? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE RECETAS

¿Se le ha recetado actualmente medicación antirretroviral a este paciente? Sí No

Si no, ¿se le recetará a este paciente medicación antirretroviral en los próximos 90 días? Sí No

Si no, explique: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre (Escriba en letra de molde o a máquina)	Número de teléfono
------------------------------------------------	--------------------

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

FIRMA – Médico	Fecha de la firma
-----------------------	-------------------

Devuelva la Parte B de la solicitud o recertificación completa en un sobre marcado “**CONFIDENTIAL**” a:

Division of Public Health
ATTN: ADAP
P.O. Box 2659
Madison, WI 53701-2659

O por fax al 608-266-1288