

Solicitud o Recertificación del HIV Drug Assistance Program and Insurance Assistance Program Parte B – Sección del Médico

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: HDAP
P.O. Box 2659
Madison, WI 53701-2659

O por fax al 608-266-1288