

**SOLICITUD/RECERTIFICACIÓN PARA EL AIDS/HIV DRUG INSURANCE
PREMIUM SUBSIDY PROGRAM Y EL DRUG ASSISTANCE PROGRAM
PARTE B – SECCIÓN DEL MÉDICO**

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

El AIDS/HIV Program mantendrá de forma confidencial toda información incluida en este formulario.

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE			
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	

ESTATUS DE VIH (HIV)	
¿Ha sido este paciente diagnosticado con infección por el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN SOBRE LAS RECETAS	
¿Le receta actualmente a este paciente medicamentos antirretrovirales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no, ¿le va a recetar a este paciente medicamentos antirretrovirales en los próximos 90 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no, por favor explique: _____ _____	

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO		
Nombre (Escriba en letra de molde o a máquina)	Número de teléfono	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
FIRMA – Médico	Fecha de la firma	

Envíe la Parte B de la
Solicitud/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