



Para convertirse en miembro de Shepherd Wellness Community, complete este formulario.

Nuestras fuentes de financiamiento requieren la siguiente información. Esta información es confidencial y solo será vista por un número limitado de personal de SWC. Su información está protegida en toda la extensión de la Ley de Confidencialidad del VIH del Estado de Pensilvania, comúnmente conocida como "Ley 148."

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Dirección Calle y ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\*\*\* ¿Podemos enviarle correo postal a esta dirección?  Sí  No

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ¿Es este un  Móvil (celular) o  Línea fija?

\*\*\* ¿Podemos llamar o dejar un mensaje a este número?  Sí  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*\*\* ¿Podemos agregarlo a la lista de correo electrónico de SWC?  Sí  No

Género al nacer:  Masculino  Femenino (*debe elegir uno*)

Identidad de Género:  Masculino  Femenino  Transgénero M a F  Transgénero F a M  No binario

Pronombre(s) preferido(s): \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

¿Esta persona es consciente de su estado serológico?  Sí  No

Raza (elija el grupo o grupos con los que más se identifica):

Afroamericano  Indio americano/nativo de Alaska  Nativo de Hawái/isleño del Pacífico  Blanco

¿Eres de origen asiático?  Sí  No Por favor Indique:  Indio  Chino  Filipino  Japonés  Vietnamita  
 Coreano  Otro

¿Eres de origen hispano?  Sí  No Por favor indique:  Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano/a  
 Puertorriqueño  Cubano  Otro



**Shepherd Wellness  
Community**

*Helping people living with  
HIV/AIDS improve their wellness*

## Formulario de solicitud de miembro

Shepherd Wellness Community  
4800 Sciota Street  
Pittsburgh, Pennsylvania 15224

¿Cuál es su estatus de VIH?  VIH positivo (sin SIDA)  VIH positivo (estado de SIDA desconocido)

Fecha de diagnóstico (mm/aa): \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico de SIDA definida por los CDC (mes/año): \_\_\_\_\_

Fuente de infección por VIH:  Varón que tuvo relaciones sexuales con Varón(es)  Consumo de drogas inyectables

Contacto heterosexual  Hemofilia/trastorno de la coagulación  Recepción de transfusiones de sangre

Transmisión perinatal  No informado

Seguro primario:  Privado: individual  Privado: empleador  Medicare Parte A/B  Medicare Parte C

Medicare Parte D  HIS  Medicaid  VA u otro seguro militar  Otro  Sin seguro

¿Se compró su seguro de salud a través del mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA)?  Sí  No

¿Quién es su médico o proveedor de atención primaria de la salud?

PACT  Clínica de salud positiva  Aliados  Alcance central  Ninguno  Sala de emergencia

Práctica privada \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Su arreglo de vivienda:  Estable/Permanente  Inestable  Temporal  Sin hogar  Desconocido

Número de personas que viven en su hogar: \_\_\_\_\_

¿Tiene hijos biológicos o adoptados legalmente viviendo con usted?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", escriba sus nombres y fechas de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ingreso Anual:  \$0-13,695  \$13,696-27,930  \$27,931-41,895  \$41,896-55,860  más de \$55,860 (hogar único)

¿Está certificado para recibir servicios financiados por Ryan White?

Sí ¿Dónde? \_\_\_\_\_ Fecha de certificación: \_\_\_\_\_

No. Hable con un miembro del personal de SWC sobre la cuestión de la certificación.

**ACEPTO RECIBIR SERVICIOS FINANCIADOS POR RYAN WHITE DE SWC**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Actualizado 1/16/26