



FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE TGNB (TRANSGÉNERO Y NO BINARIO) / VIH/SIDA

Este formulario puede ser completado por un médico, enfermero especializado o asistente médico que pueda dar fe del estado de un nuevo socio. De acuerdo con las normas de Medicaid del estado de New York para los planes de necesidades especiales, los socios de Amida Care deben ser verificados dentro de los primeros 90 días como personas transgénero o que viven con VIH. La finalización oportuna de esta certificación es crucial para la cobertura continua de este socio con Amida Care. Los formularios de certificación también se pueden encontrar en el sitio web de Amida Care.

Información del solicitante

Nombre en la tarjeta de socio de Medicaid: _____

Nombre elegido (si es diferente): _____

Identidad de género: _____ Pronombre(s): _____

Fecha de nac.: _____ N.º de Medicaid: _____

Certificación del proveedor - (complete lo que corresponda al socio)

Certificación TGNB

1. Indique el tipo de proveedor calificado que completa este formulario:

Médico Enfermera practicante Asistente médico

2. Certifico que _____ es transgénero o no binario y se ha
(nombre del solicitante)
sometido a un tratamiento clínico apropiado para una persona diagnosticada con disforia de género.

3. Para proporcionar un vínculo con servicios de salud preventivos médicamente apropiados, te solicitamos que nos proporciones el sexo del socio asignado al nacer, como se indica a continuación:

Masculino Femenino Intersexual Otro _____

VIH/SIDA

1. Adjunte prueba(s) de laboratorio con CV indetectable que tengan fecha(s) clara(s).

2. Enumere los ARV actuales que tú, el médico tratante, has recetado:

Envía el formulario completo a:

Amida Care

14 Penn Plaza, 2nd Floor New York, NY 10122

O por fax

Atención: Health Services

Fax: 646-786-1802

Tel.: 646-757-7000

D10100_090924



3. ¿Cuánto tiempo lleva el paciente viendo y tratando a un médico de atención primaria?
Especifica las fechas.

desde _____ hasta _____.

4. ¿Cómo determinaste, el médico de atención primaria que lo atendías, el estado de VIH sin
datos de laboratorio confirmatorios?
Especifica.

NOTA: Marque la casilla si el paciente es VIH negativo.

Firma del proveedor/enfermera practicante/asistente médico que certifica

Completado por: _____

Firma: _____

Nombre del lugar: _____

Número NPI: _____

Fecha: _____

Envía el formulario completo a:
Amida Care
14 Penn Plaza, 2nd Floor New York, NY 10122
O por fax
Atención: Health Services
Fax: 646-786-1802
Tel.: 646-757-7000
D10100_090924