



SOLICITUD DE ASISTENCIA CON LOS MEDICAMENTOS

Texas Department of State Health Services

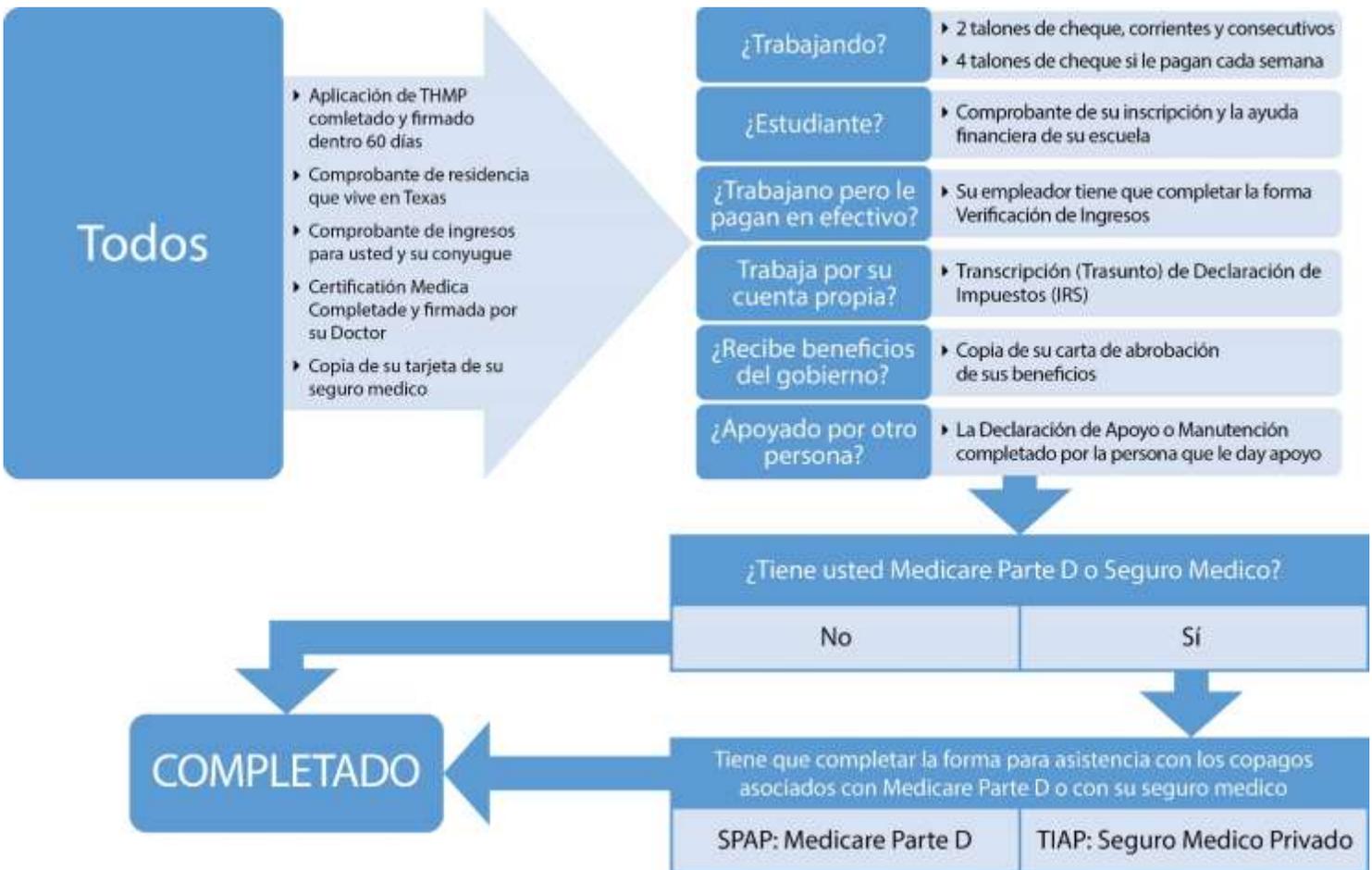
ATTN: MSJA - MC 1873

PO Box 149347, Austin, TX 78714-9347

1-800-255-1090

- Envíe por correo postal la solicitud rellena y copias de la documentación comprobatoria al domicilio listado arriba
- **No envíe los documentos originales**, ya que no le serán devueltos
- Para obtener ayuda con esta solicitud llame al **1-800-255-1090** o visite www.dshs.texas.gov/hivstd/meds

¿Está completa su solicitud?



NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD

Con ciertas excepciones, tiene derecho a solicitar y a ser notificado(a) sobre la información que el estado de Texas reúne sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información previa solicitud. También tiene derecho a pedirle a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Vea www.dshs.texas.gov para obtener más información sobre la notificación de privacidad. (Referencia: secciones 522.021, 522.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental de Texas)

Para obtener información adicional, incluido consultar las preguntas más frecuentes y las copias descargables de los documentos del programa, por favor visite el sitio web del THMP en www.dshs.texas.gov/hivstd/meds.

Para obtener información adicional sobre las organizaciones de servicio, los servicios de administración de casos y los recursos comunitarios sobre el SIDA en su localidad, por favor llame al 211. Si tiene alguna pregunta, comentario o duda sobre el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas y esta solicitud de asistencia, llame al programa directamente al 1-800-255-1090.

INFORMACIÓN PERSONAL

1. Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Anejo (Jr., Sr., III)
2. Nombres anteriores (incluido el apellido materno, los alias y los cambios de nombre)			
3. ¿Tiene un número del Seguro Social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Número del Seguro Social:	Identificación fiscal/impuesto-TIN (solo si no cuenta con un número del Seguro Social):	
4. Fecha de nacimiento:	5. Idioma preferido del o la cliente: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro:		
6a. Sexo actual <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Transgénero: de masculino a femenino <input type="checkbox"/> Transgénero: de femenino a masculino	6b. Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce	7b. Raza (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática (si es de raza asiática, por favor seleccione un subgrupo) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Indoasiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Otro subgrupo de </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Japonesa </div> </div> <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico (por favor seleccione un subgrupo) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Samoana </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico </div> </div> <input type="checkbox"/> Otra o se desconoce <input type="checkbox"/> Amerindia o nativo de Alaska	
6c. Según corresponda, ¿está usted embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del parto:			
7a. Origen étnico (marque lo que mejor lo(a) describa) <input type="checkbox"/> Hispano (si es de origen hispano, por favor seleccione un subgrupo) <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-estadounidense, chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> No hispano			
8. Número y calle de domicilio – (No se admiten apartados postales ni rutas rurales)		Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
<i>Si desea que se le envíe la correspondencia a otro lugar distinto de su domicilio por favor provee un domicilio postal alternativo:</i>			
9. Domicilio postal - (Se admiten los apartados postales y las rutas rurales aquí)		Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
10. Teléfono en casa (código de área + número) ¿Podemos dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono del trabajo o alternativo (código de área + número) ¿Podemos dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si usted no nos puede atender, ¿tiene alguna indicación especial sobre cómo debemos dejarle un mensaje?			
11. Administrador del caso (según corresponda):		Número telefónico del administrador del caso:	Agencia:
11b. Contacto alternativo: El o los siguientes individuos pueden hablar en nombre mío sobre mi solicitud y el estado de mi solicitud del programa. Estos individuos pueden ser familiares o amistades.			
Nombre de la persona	Relación con usted	Número telefónico	

12. ¿Lo(a) liberaron recientemente de la cárcel o prisión, o está encarcelado(a) actualmente? Sí No

Nombre del centro	# de identificación correccional	Fecha de liberación
-------------------	----------------------------------	---------------------

Duración aproximada de la encarcelación:

SI ES MENOR DE 18 AÑOS: INFORMACIÓN DEL TUTOR, LA TUTORA O LOS TUTORES (GUARDIÁN)

Si usted es menor de 18 años liste la información sobre su padre, madre, tutor o tutora (Guardián). Sus padres o madres deben rellenar la sección de ingresos de la siguiente página.

A. Nombre del padre, la madre, el tutor o la tutora (Guardián)		B. Nombre del otro padre, madre, tutor o tutora –Guardián (según corresponda)	
Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento

ESTADO CIVIL

13. ¿Cuál es su estado civil actual?

Soltero(a)

Viudo(a)

Divorciado(a), fecha:

Separado(a), fecha: (se requiere una explicación)

Casado(a) o vive en unión libre (provea la información sobre su cónyuge a continuación)

Si está separado(a), por favor explique su situación legal actual.

14. Nombre del o la cónyuge: N.o del Seguro Social del o la cónyuge:

Fecha de nacimiento del o la cónyuge: ¿También está inscrito(a) en el programa su cónyuge? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE SU HOGAR

15. Incluido(a) usted, ¿cuántas personas viven en su casa?

Rellene la siguiente tabla con información de toda su familia. Esto solo incluye a su pareja legal o de hecho y los hijos menores de 18 años de edad (incluidos los hijos biológicos o adoptados y los hijastros).

Nombre	Edad y fecha de nacimiento (Se requiere la fecha de nacimiento para los menores de 18 años de edad)	Relación

16. ¿Recibe asistencia para la vivienda o vivienda subsidiada del HOPWA o la Sección 8? Sí No
(Si contestó que sí, incluya una verificación de la agencia)

17. ¿Hay algo más que quiera decirnos sobre su situación de vivienda que pueda ayudar a aclarar su solicitud? Por ejemplo, si vive con alguien que lo(a) mantiene por favor explique su situación.

INGRESOS, EMPLEO y PRESTACIONES

18. ¿Cómo se mantiene usted?

- Soy menor de 18 años (su(s) padre(s) o madre(s) debe(n) llenar esta página) Recibo prestaciones por discapacidad
 Soy estudiante Estoy desempleado(a) Estoy empleado(a)
 No trabajo, un pariente o una amistad me da alojamiento y comida
 Otro (liste los trabajos y empleadores múltiples o cualquier cambio reciente en su trabajo aquí):

19. Empleo: Podríamos verificar sus ingresos por medio de otras fuentes como la Comisión de la Población Activa de Texas. **Si está casado(a) o en unión libre, se requiere comprobante de ingresos de su cónyuge. Los padres o las madres de los solicitantes menores de 18 años deben llenar esta sección.**

	Solicitante o padre/madre A (si es menor de edad)	Cónyuge o padre/madre B (si es menor de edad)	Documentación requerida
a. Situación laboral	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Temporal/estacional <input type="checkbox"/> Autónomo(a)	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Temporal/estacion al <input type="checkbox"/> Autónomo(a)	<p>¿Es usted estudiante y se mantiene con ayuda financiera?</p> <ul style="list-style-type: none"> Presente un comprobante de la inscripción y la ayuda financiera de la oficina de ayuda financiera de su escuela. <p>¿NO tiene usted ingresos?</p> <ul style="list-style-type: none"> La persona que lo(a) mantiene debe rellenar la Declaración de manutención (Formulario A). <p>¿Tiene usted empleo?</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluya 2 talones de cheque de pago consecutivos actuales. Si le pagan semanalmente, presente 4 talones de cheque de pago consecutivos. (De usted Y de su cónyuge). <p>¿Usted trabaja pero le pagan en efectivo?</p> <ul style="list-style-type: none"> Haga que su empleador llene el Formulario de verificación de ingresos (Formulario B). <p>¿Trabaja por su cuenta propia?</p> <ul style="list-style-type: none"> Incluya copia completa de su Transcripción (Trasunto) de Declaración de Impuestos del año más reciente. Se puede obtener la Transcripción directamente del IRS. <p>¿Recibe usted prestaciones/beneficios?</p> <ul style="list-style-type: none"> Una copia de la carta de aprobación de beneficios u otro documento oficial que muestra la cantidad recibida regularmente. (De usted Y de su cónyuge).
b. Empleador (el actual o el último)			
Puesto (el actual o el último)			
Fecha en que este terminó (si está desempleado(a))			
20. Ingresos y prestaciones: Informe sobre sus ingresos brutos MENSUALES (la cantidad recibida antes de impuestos o deducciones). ¡Presente un comprobante de ingresos!			
Salario, sueldo, comisiones, propinas, beneficios/ingresos de desempleo	\$	\$	
Ingresos del Seguro Social (SSI o SSDI)	\$	\$	
Jubilación o pensión	\$	\$	
Otros ingresos (incluyen la ayuda financiera, la pensión alimenticia y los rendimientos del capital mobiliario)	\$	\$	Fuente:

SEGURO MÉDICO

21. ¿Toma actualmente medicamentos para el VIH (medicamentos antirretrovirales)? Sí No

Si contestó que **sí**, por favor díganos cómo está obteniendo sus medicamentos.

22. ¿Qué tipo de cobertura médica o seguro médico tiene? Marque todo lo que corresponda.

Si le expidieron una tarjeta copie el frente y el reverso de la tarjeta.

- No tengo cobertura médica ni seguro médico
- Seguro médico privado, empleador Seguro médico privado, individuo
- Medicaid (incluido Star y Star +) Medicare (Parte A, Parte B, Parte C o Parte D)
- ACA, "ObamaCare" o planes del Mercado
- Otro:

23. ¿Ha tenido antes seguro médico? Sí No Si contestó que sí, por favor indique el nombre y la fecha en que la cobertura terminó. **Si su seguro se terminó en los últimos 90 días, presente un comprobante de terminación.**

Nombre del seguro:

Fecha de terminación:

Nombre del seguro:

Fecha de terminación:

24. Si actualmente tiene cobertura médica o seguro médico, ¿por qué está presentando la solicitud de este programa? (Por favor marque **TODO** lo que corresponda. Presente la documentación del plan de seguro que verifique su situación.)

- Necesito ayuda para pagar los deducibles de mis medicamentos, los copagos de mis medicamentos, o los gastos de mi coseguro. Tengo:
- Seguro privado (llene la sección sobre la asistencia con los copagos: seguro de la siguiente página)
 - Medicare (llene la sección sobre la asistencia con los copagos: Medicare de la siguiente página)
- Mi seguro no cubre los medicamentos recetados o no cubre uno o varios de los medicamentos para el VIH que necesito.
- La cobertura terminará pronto (*especifique la fecha de terminación*):
- Los gastos han sobrepasado o están a punto de sobrepasar el límite anual de los medicamentos recetados del plan.
- Cantidad del límite anual de los medicamentos recetados: \$
- Otras limitaciones de cobertura o pago (*especifique*):

INFORMACIÓN ADICIONAL

25. ¿Hay algo que quiera aclarar en esta solicitud? Por favor use este espacio para proveer cualquier información adicional que pudiera ayudarle al THMP a tramitar su solicitud. Adjunte páginas adicionales, de ser necesario.

IMPORTANTE – LA SIGUIENTE CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEBE SER FIRMADA POR EL/LA SOLICITANTE:

- a. Entiendo que esta solicitud es un documento legal. Con mi firma (1) doy fe de que toda la información dada es verídica y correcta, (2) autorizo la revelación de mi información médica al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) y (3) doy fe de que resido en el estado de Texas.
- b. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al THMP de inmediato si mis/nuestros ingresos aumentan; si me/nos mudamos de Texas o si mi/nuestro domicilio particular o postal cambia; o si mi/nuestro estado civil o la situación del hogar o del seguro cambia.
- c. Entiendo que el THMP podría solicitar la verificación de la información que he provisto para poder tramitar mi solicitud, y también en cualquier momento a partir de entonces. También entiendo que el trámite de mi solicitud podría retrasarse hasta que se reciba la verificación solicitada.
- d. Entiendo que el THMP podría verificar la información provista en esta solicitud con recursos de datos puestos a disposición del programa para determinar mi elegibilidad para el programa.
- e. Entiendo que omitir o dar información falsa deliberadamente podría causar que se me dé de baja del THMP; o se me procese penalmente, o ambas cosas.
- f. Entiendo que el THMP se reserva el derecho de limitar las inscripciones dependiendo de la disponibilidad de fondos.
- g. Entiendo que conforme al reglamento del programa se requiere que el THMP recertifique que cumpla los requisitos de elegibilidad para que yo siga recibiendo servicios.
- h. Entiendo que mi información será compartida con mis proveedores de servicios para el VIH y los administradores del caso. Si deseo ejercer la opción de exclusión debo indicar el nombre de la o las agencias específicas aquí:

Firma del o la solicitante *(por favor escriba en letra de molde y firme)*

Fecha

Firma del padre o la madre (si el/la solicitante es menor de 18 años de edad) *(por favor escriba en letra de molde y firme)*

Fecha

**ASISTENCIA CON LOS COPAGOS – Sáltese la página si no tiene:
Medicare, Parte D (Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica)
O seguro privado (Programa de Asistencia con el Seguro de Texas)**

Los solicitantes que reciben MEDICARE o tienen SEGURO PRIVADO deben llenar este formulario además del formulario principal del THMP. Los solicitantes con seguro o que reciben Medicare, Parte D, cumplen los requisitos para recibir asistencia. El SPAP provee ayuda con los copagos, los coseguros y la cobertura de interrupciones relacionados con los planes de medicamentos recetados del Medicare, Parte D. El TIAP provee ayuda con los copagos, los coseguros y las primas relacionados con los planes de la COBRA y el seguro privado.

Primer nombre y apellido	Número del Seguro Social	Fecha de nacimiento
--------------------------	--------------------------	---------------------

¿RECIBE USTED MEDICARE? LLENE ESTA SECCIÓN

Su número del Medicare	Fecha de vigencia del Medicare, Parte A (aparece en su tarjeta roja, blanca y azul del Medicare)
------------------------	--

¿Está inscrito(a) en un plan de medicamentos recetados del Medicare (Parte D)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si contestó que sí, por favor proporcione la información sobre el plan a continuación)
--	---

Nombre del plan:	Fecha de vigencia:
------------------	--------------------

¿Ha presentado la solicitud del Subsidio por Bajos Ingresos o Ayuda Extra mediante la Administración del Seguro Social?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Por favor indique el estado de su solicitud a continuación)
---	--

Situación de la solicitud del Subsidio por Bajos Ingresos o Ayuda Extra

<input type="checkbox"/> Aprobada, asistencia del 100%	<input type="checkbox"/> No Aprobada (adjunte una copia de la carta predecisión o de negación)
<input type="checkbox"/> Aprobada, asistencia parcial (adjunte una copia de la carta de aprobación)	<input type="checkbox"/> A la espera de una determinación, fecha de la solicitud:

¿TIENE USTED SEGURO? LLENE ESTA SECCIÓN

¿Está inscrito(a) en un plan de seguro privado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si contestó que sí, por favor proporcione la información sobre el plan a continuación)
---	---

Nombre del plan:	Fecha de vigencia:	# de Identificación del miembro
------------------	--------------------	---------------------------------

¿Tiene un plan del Mercado conforme a la Ley de Atención Asequible (ACA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Es: Oro <input type="checkbox"/> Plata <input type="checkbox"/> Bronce <input type="checkbox"/>	(Si contestó que sí, proporcione la información sobre su subsidio aprobado o su crédito fiscal)
---	---

PROPORCIONE UNA COPIA DEL FRENTE Y EL REVERSO DE LA TARJETA DE SEGURO

¿Es un plan individual, un plan que no se ajusta a la ACA, o un plan fuera del Mercado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se ofrece este plan mediante un empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si usted tiene cobertura conforme a COBRA o podría cumplir los requisitos de cobertura conforme a COBRA, por favor presente sus documentos de cobertura de COBRA:

¿Ya presentó sus documentos de COBRA?	Fecha límite de la elección o inscripción de cobertura de COBRA:
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Fecha en que los presentó:	Fecha límite del pago inicial de la cobertura de COBRA:
Número telefónico del administrador de la cobertura de la COBRA:	# de cuenta de COBRA:

ACUERDO DE ASISTENCIA CON LOS COPAGOS

- Entiendo que es mi responsabilidad:
 - inscribirme en un plan de seguro o inscribirme en un plan de medicamentos recetados del Medicare y solicitar el Subsidio por Bajos Ingresos,
 - mantener vigente mi inscripción en un plan de seguro o un plan de medicamentos recetados del Medicare y
 - pagar la prima mensual del plan de medicamentos recetados directamente al plan de medicamentos recetados.
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar al SPAP del THMP de Texas de inmediato si sucede lo siguiente:
 - cambian los ingresos de mi casa, b) cambia mi domicilio o me mudo del estado de Texas, c) cambia mi estado civil, o d) se dan por terminadas mis prestaciones del Medicare, pierdo mi cobertura de seguro médico o cambia mi derecho a recibir Medicaid o Medicare
- Entiendo que el THMP se reserva el derecho de limitar las inscripciones dependiendo de la disponibilidad de fondos.
- Entiendo que conforme al reglamento del programa se requiere que el THMP recertifique que cumplo los requisitos de elegibilidad para el programa para que yo continúe recibiendo servicios.
- Entiendo que podría compartirse información con el personal del THMP y mi plan de seguro. Por este medio doy mi consentimiento al THMP para que obtenga de o revele mi información demográfica, médica o de cobertura de seguro a otras entidades, según sea necesario.
- Acepto participar en seguimientos periódicos por personal del Programa de Asistencia con el Seguro del THMP para determinar la efectividad del programa.
- Entiendo que este es un documento legal. Con mi firma (1) doy fe de que toda la información dada es verídica y correcta, (2) autorizo la revelación de mi información médica al THMP, incluido el SPAP del THMP de Texas, y (3) doy fe de que resido en el estado de Texas.

Firma del o la solicitante (por favor escriba en letra de molde y firme)	Fecha
Firma del padre o la madre (si el/la solicitante es menor de 18 años de edad) (por favor escriba en letra de molde y firme)	Fecha

FORMULARIO A: DECLARACIÓN DE MANUTENCIÓN

Si el/la solicitante no recibe ingresos o no puede proveer ninguna documentación que demuestre cómo se mantiene, este formulario puede servir de documentación. La persona que provee la manutención debe rellenar y firmar este formulario; **no debe** rellenarlo la persona que hace la solicitud del programa.

Yo, _____, certifico que actualmente mantengo a
(nombre en letra de molde del o la proveedora de manutención)

_____, quien reside en el siguiente
(nombre en letra de molde de la persona a quien usted mantiene)

domicilio: _____
(número y calle, ciudad, estado y código postal de la persona a quien usted mantiene)

Lo/la he mantenido desde _____ . Mi relación con el/la solicitante
(Fecha)

es _____ .
(ejemplos: padre, madre, cónyuge, compañero(a) de vivienda, amistad, hermana, etc.)

El tipo de manutención que proveo es (marque todo lo que corresponda):

Cuarto Alimentos o ropa Renta o hipoteca Facturas de servicios públicos

Asistencia en efectivo de \$ _____ al mes

Otro:

Explicación adicional (de ser necesaria):

Pueden comunicarse conmigo en el o los siguientes números para verificar esta información:

Con mi firma en este formulario, declaro que la información de arriba es una declaración precisa de la asistencia provista al o la solicitante. Entiendo que si omito o doy información falsa deliberadamente se podría dar de baja del programa al o la solicitante o procesársele penalmente, o ambas cosas.

Firma del o la proveedora de manutención *(por favor escriba en letra de molde y firme)*

Fecha

Por favor tome nota: Si hay circunstancias especiales relativas a su situación en casa que necesitarían ser explicadas o verificadas por un trabajador social, administrador de casos o enfermero de salud pública, haga que esa o esas personas provean una declaración comprobatoria detallada en nombre suyo y adjúntela a su solicitud al solicitar la asistencia.

**TEXAS HIV MEDICATION PROGRAM
MEDICAL CERTIFICATION FORM**

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

Texas HIV Medication Code (if known)

The information requested is necessary to determine the patient's eligibility for program-supplied, HIV-related therapy as prescribed by you. All information requested will be kept strictly confidential by the Texas Department of State Health Services; personal identifying info is never released.

PATIENT INFORMATION

Full Name: _____
 Mailing Address: _____ Apt #: _____
 City, State, Zip: _____ Phone #: _____
 Date of Birth: _____ Social Security Number: _____
 Requested Pharmacy _____

*****NOTICE*** Changes in therapy after initial approval and/or recertification may be faxed to (512) 533-3178.**

I hereby certify that this patient has been diagnosed with HIV infection, and I am reporting the following viral load and CD4 count:

Plasma RNA Viral Load: copies/ml	Test Date:	Current CD4 Count:	Test Date:
--	-------------------	---------------------------	-------------------

PRESCRIBED MEDICATIONS FOR OPPORTUNISTIC INFECTIONS:

Please check here if patient is pregnant:

- acyclovir**, for acute or chronic herpetic infection (*NOTE: not all strengths available due to manufacturer shortages*), **OR**
- valacyclovir**, for acute or chronic herpetic infection
- itraconazole**, for diagnosed histoplasmosis or blastomycosis (either caps or OS), **OR** for esophageal candidiasis (OS only)
- clarithromycin**, for a current or previous mycobacterium avium complex (MAC) diagnosis, **OR**
- azithromycin**, if client failed therapy on (or is intolerant of) clarithromycin
- ethambutol**, for a current or previous mycobacterium avium complex (MAC) diagnosis
- fluconazole**, for diagnosed cryptococcal meningitis or esophageal candidiasis
- valganciclovir** (Valcyte), for diagnosed CMV disease with infection(s) of major organ(s) or organ system(s)
- megesterol acetate**, for diagnosed cachexia or anorexia with profound, involuntary, acute weight loss $\geq 10\%$ of baseline body weight or chronic weight loss $\geq 20\%$ of baseline body weight
- rifabutin** (Mycobutin), for a CD4 cell count ≤ 100
- pyrimethamine** (Daraprim), for the treatment and suppression of toxoplasmosis
- leucovorin** calcium tablets, used w/Daraprim for treatment/suppression of toxoplasmosis (**please provide RX dosage details**)
- pentamidine** or **SMX/TMP** or **Dapsone** (choose one, if applicable), for CD4 ≤ 200 , or thrush, or previous PCP diagnosis, or unexplained fever $> 100^\circ$ for > 2 weeks, **OR**
- atovaquone** (Mepron), for diagnosed acute, mild to moderate PCP and intolerance to both SMZ-TMP and Dapsone

*****REQUIRED***** Is this patient naïve to antiretroviral therapy? (check one) Yes No

PRESCRIBED ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS: MONTHLY CLIENT LIMIT OF FOUR ANTIRETROVIRALS (ARVs)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atripla (Sustiva/Truvada)* | <input type="checkbox"/> atazanavir (Reyataz) | <input type="checkbox"/> abacavir sulfate (Ziagen) |
| <input type="checkbox"/> Combivir (AZT/3TC)* | <input type="checkbox"/> darunavir (Prezista) | <input type="checkbox"/> didanosine (DDI EC) |
| <input type="checkbox"/> Complera (Edurant/Truvada)* | <input type="checkbox"/> indinavir (Crixivan) | <input type="checkbox"/> emtricitabine (Emtriva) |
| <input type="checkbox"/> Epzicom (Ziagen/3TC)* | <input type="checkbox"/> invirase (Saquinavir) | <input type="checkbox"/> lamivudine (3TC) |
| <input type="checkbox"/> Trizivir (AZT/Ziagen/3TC)* | <input type="checkbox"/> lopinavir/ritonavir (Kaletra) | <input type="checkbox"/> stavudine (D4T) |
| <input type="checkbox"/> Truvada (Emtriva/Viread)* | <input type="checkbox"/> nelfinavir (Viracept) | <input type="checkbox"/> zidovudine (AZT) |
| <input type="checkbox"/> efavirenz (Sustiva) | <input type="checkbox"/> ritonavir (Norvir) | <input type="checkbox"/> delavirdine (Rescriptor) |
| <input type="checkbox"/> nevirapine (Viramune XR) | <input type="checkbox"/> tipranavir (Aptivus) | <input type="checkbox"/> enfuvirtide (Fuzeon) |
| <input type="checkbox"/> raltegravir (Isentress) | <input type="checkbox"/> fosamprenavir (Lexiva) – if unboosted dosage, written justification from physician required | <input type="checkbox"/> Triumeq (Tivicay/abacavir/3TC)* |
| <input type="checkbox"/> dolutegravir (Tivicay) | <input type="checkbox"/> cobicistat (Tybost) | <input type="checkbox"/> elvitegravir (Vitekta) |
| <input type="checkbox"/> rilpivirine (Edurant) | <input type="checkbox"/> Prezcobix (Prezista/Tybost)* | <input type="checkbox"/> Descovy (Emtriva/Viread TAF)* |
| <input type="checkbox"/> tenofovir (Viread) | <input type="checkbox"/> Evotaz (Reyataz/Tybost)* | |
| <input type="checkbox"/> etravirine (Intelence) – For treatment experienced w/viral resistance/toxicity to ARV agents. | | |
| <input type="checkbox"/> maraviroc (Selzentry) – CCR5 monotropism proof via assay must be attached. | | <input type="checkbox"/> Odefsey (Edurant/Emtriva/Viread TAF)* |
| <input type="checkbox"/> Stribild (elvitegravir/cobicistat/Emtriva/Viread)* | | <input type="checkbox"/> Genvoya (Vitekta/Tybost/Emtriva/Viread TAF)* |

*Please note: Combivir, Descovy, Evotaz, Epzicom, Prezcobix & Truvada each count as 2 ARVs; Atripla, Complera, Odefsey, Trizivir & Triumeq each count as 3 ARVs; Stribild and Genvoya each count as 4 ARVs.

PHYSICIAN SIGNATURE: _____ TX MD/DO LICENSE #: _____

PRINTED NAME OF PHYSICIAN: _____

OFFICE ADDRESS: _____

TELEPHONE: _____ FAX: _____ DATE: _____

THMP, ATTN: MSJA - MC1873, PO Box 149347, Austin, TX 78714-9347

(5/2016)