



Programa de cuidado y tratamiento de VIH Formulario de consentimiento del cliente

Este es un documento importante que le indica el tipo de información que recopilamos sobre usted y la forma en que la usaremos y compartiremos. **Lea detenidamente las páginas 1 (uno) y 2 (dos) antes de firmar.**

El Programa de Cuidado y Tratamiento de VIH del Departamento de Servicios Humanos de Oregón (Oregon Department of Human Services o DHS) administra varios programas que ayudan a las personas con VIH/SIDA a recibir atención médica relacionada con el VIH y otros servicios de apoyo.

Si usted es cliente de alguno de los siguientes programas, también es cliente del Programa de Cuidado y Tratamiento de VIH de DHS:

- CAREAssist (Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA de Oregón).
- Administración de Casos financiada por el Programa Ryan White, Parte B (a través del gerente local de su caso de VIH), que incluye asistencia financiera y Servicios Administrados por el Estado.
- Programa de Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregón (Oregon Housing Opportunities in Partnership u OHOP).

Si usted no firma este formulario de consentimiento: La falta de su firma en este formulario puede limitar nuestra capacidad de determinar su elegibilidad para nuestros programas y de coordinar sus servicios entre dichos programas. Si decide no firmar, puede ser derivado a servicios individuales (si están disponibles) dentro de nuestros programas, que podrían ayudarle sin que haya intercambio de información entre estos programas.

Consentimiento: He leído las páginas uno (1) y dos (2) de este formulario de consentimiento. Autorizo al Programa de Cuidado y Tratamiento de VIH de DHS a recopilar la información descrita en el formulario de consentimiento de las fuentes indicadas en el formulario de consentimiento, y a compartir dicha información entre los distintos programas (CAREAssist, Administración de Casos financiada por el Programa Ryan White, Parte B y Oportunidades de Vivienda en Sociedad de Oregón), y con los socios de evaluación de programas de DHS (por ejemplo, los Servicios de Diseño y Evaluación de Programas y Servicios de Análisis y Datos sobre VIH). Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, y que esta autorización se mantendrá en vigencia hasta que finalice mi participación en cualquiera de los Programas de DHS de Cuidado y Tratamiento de VIH y en las actividades de seguimiento posteriores, o hasta que yo la cancele.

Nombre del cliente (en letra de imprenta)

Firma del cliente

Fecha



Programa de Cuidado y Tratamiento de VIH

Formulario de consentimiento del cliente – Página 2 (continúa de página 1)

Cuando usted participa en cualquiera de estos programas, recopilamos información sobre su persona que incluye, entre otros, los siguientes datos:

- Información médica, como estado de VIH, fechas de visitas al médico y resultados de análisis de laboratorio.
- Información de contacto, como nombre(s), dirección(es) y número(s) de teléfono.
- Información demográfica, como edad, raza y etnia.
- Fuentes y montos de ingresos, bienes o ayuda financiera.
- Participación en nuestros programas y en otros programas de asistencia en su comunidad, como notas sobre su caso que describan cómo trabajó usted junto con el gerente de su caso, con su coordinador de vivienda de OHOP y con su trabajador de CAREAssist.
- Evaluación de la administración de su caso, como por ejemplo, información sobre salud mental, abuso de sustancias, comportamientos de riesgo de VIH y apoyos sociales.
- Sus necesidades actuales y su nivel de satisfacción con respecto a nuestros programas y servicios.

También verificaremos los datos que recopilamos sobre usted pidiendo información de otras fuentes, por ejemplo:

- Otros programas de DHS, como programas de asistencia administrados por la División de Ancianos y Discapacitados, la División de Niños, Adultos y Familias y la División de Salud Pública.
- El Departamento de Empleo de Oregón, que nos puede brindar información relacionada con sus salarios e ingresos declarados.
- El Departamento de Automotores de Oregón, que nos puede brindar su dirección actual.
- Otras fuentes de información disponibles al público, o fuentes de información específicas que usted nos haya autorizado por escrito a contactar.

Usamos esta información para:

- Determinar si usted es elegible para nuestros programas y otros programas de asistencia en su comunidad.
- Brindar ayuda de los programas (administración de casos de VIH, asistencia para la vivienda de OHP, y pago de primas de seguro de salud y copagos de drogas recetadas).
- Ofrecerle derivaciones a otros servicios de asistencia disponibles en su comunidad.
- Evaluar nuestros programas, mejorar los servicios y comprender sus necesidades.
- Tratar de comunicarnos con usted cuando abandona nuestros programas o cuando no podemos encontrarlo para hacer un seguimiento.
- Cumplir con los requisitos de información de las agencias que suministran los fondos para nuestro programa tales como la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration o HRSA) o al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development o HUD) de los Estados Unidos. Los informes que enviamos a dichas agencias no incluyen ningún dato que pueda identificarlo, como su nombre, fecha de nacimiento o dirección.