



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Secretaría Auxiliar de Servicios de Salud Integral (SASSI)
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

GUÍA DE MANEJO DE CASO NO CLÍNICO PARA LOS SUBRECIPIENTES DE SERVICIOS RYAN WHITE PARTE B/ADAP

**Unidad de Servicios Complementarios de VIH
Programa Ryan White Parte B/ADAP**

Abril 2025

Norma I. Delgado Mercado, MA, PhD
Directora

TABLA DE CONTENIDO

	PÁGINA
Introducción	3
Propósito	4
Aplicabilidad	4
I. Manejo de Casos No Clínico	4
<i>Comprobación de los Criterios de Elegibilidad</i>	5
<i>Determinación y Documentación de los Criterios de Elegibilidad</i>	11
<i>Determinación de Elegibilidad a Corto Plazo</i>	14
<i>Determinación/Confirmación en Situaciones de Emergencia</i>	15
<i>Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico</i>	16
<i>Certificación de Elegibilidad a Corto Plazo en Situaciones de Emergencia</i>	16
<i>Confidencialidad</i>	17
<i>Coordinación de Servicios</i>	21
II. Servicios Medulares y de Apoyo Subvencionados con Fondos de Parte B	26
III. Mejoramiento de Calidad	34
IV. Frecuencia para la Revisión de Documentos Requeridos para Manejo de Caso No Clínico	34
V. INSUMO Y EVALUACION DE LOS SERVICIOS	36
Anejos	37

INTRODUCCIÓN

La Ley Ryan White es una legislación dirigida a atender las necesidades no cubiertas de las personas con diagnóstico positivo a VIH, mediante la subvención de servicios de cuidado médico y de apoyo para la condición del VIH, que mejoren el acceso y la retención del participante en el continuo de cuidado de salud. Esta legislación posibilita el que a través de la agencia federal *Health Resources and Services Administration (HRSA)*, se asignen fondos a las diferentes jurisdicciones de los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico, para el desarrollo e implantación de sistemas de servicios para combatir esta condición. Por medio de esta asignación, en Puerto Rico, el Departamento de Salud, entidades sin fines de lucro y otros proveedores pueden ofrecer aquellos servicios necesarios a la población con diagnóstico positivo a VIH de acuerdo con la particularidad de cada área geográfica en la Isla. La Ley Ryan White establece que estos fondos no pueden ser utilizados para reemplazar otros previamente asignados a nivel local o estatal, ni para pagar por servicios que se pueden cubrir con otros programas tales como *Medicaid*, *Medicare*, programas locales o estatales, o seguros médicos privados.

Bajo el Departamento de Salud, el Programa Ryan White Parte B/ADAP (PRWPBA) es responsable de velar por la provisión de servicios de salud y apoyo a las personas con diagnóstico positivo a VIH y a sus familiares, residentes en Puerto Rico. Además, se relaciona con otras partes de la Ley Ryan White para lograr la más efectiva distribución de medicamentos para las personas elegibles con diagnóstico positivo a VIH en la Isla. El PRWPBA cuenta con las siguientes unidades programáticas: la Unidad de Servicios Complementarios de VIH, Unidad de Asistencia en Medicamentos para VIH/SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés), Unidad de Búsqueda y Retención en Cuidado, Unidad de Coordinación de Servicios Clínicos y de Apoyo, y la Unidad de Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad.

La Unidad de Servicios Complementarios de VIH tiene como objetivo asegurar la disponibilidad de servicios medulares de salud y de apoyo, a través de la contratación de organizaciones de base comunitaria o sin fines de lucro que muestren evidencia de su capacidad para prestar servicios a personas con diagnóstico positivo a VIH y que, además, tengan una estructura administrativa sólida que les permita prestar servicios eficientemente mediante la subcontratación de proveedores de servicios.

I. Propósito

Para facilitar la prestación de los servicios subvencionados, el Programa Ryan White Parte B/ADAP ha establecido guías y procedimientos uniformes a ser implementados **por los subrecipientes d contratados (agencias coordinadoras)**. Esta Guía tiene el propósito de: 1) establecer el procedimiento para la prestación de los servicios de Manejo de Caso No Clínico (MCNC); 2) para que este capital humano conozca las expectativas acerca de su rol como Manejador/a de Casos; 3) y, **especificar** los procedimientos, pasos y protocolos en la coordinación y prestación de los servicios subvencionados. Esto **respaldará** un proceso estandarizado y uniforme, tanto para el Programa como para las organizaciones contratadas. En este documento se especifican las guías, los pasos y protocolos que **regirán** la coordinación y prestación de los servicios subvencionados. Además, se incluyen los documentos y formularios que deberán ser cumplimentados por el personal de manejo de caso para la prestación de los servicios subvencionados por **PRWBA**.

II. Aplicabilidad

La implementación de los procedimientos y documentos incluidos en la presente Guía es requerida para todas las organizaciones **subrecipientes** de fondos de la Parte B. Por tal razón, se dará seguimiento a la implementación de los procedimientos y formularios especificados en esta guía, durante las monitorías de las agencias coordinadoras contratadas y al realizar la intervención fiscal de las facturas presentadas al Programa Ryan White Parte B/ADAP. Esperamos que este documento sea de utilidad para las personas que fungen como MCNC en las agencias coordinadoras subvencionadas.

III. Manejo de Casos No Clínico

Según el Policy Clarification Notice de HRSA #16-02 (actualizada en octubre 2018), el/la Manejador/a de Casos-No Clínico provee guía y asistencia en acceder servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, económicos, vocacionales y otros necesarios. El manejo de caso no clínico puede incluir también el asistir a los/as participantes elegibles a obtener servicios de otros programas públicos y privados para el cual son elegibles como Medicaid, Medicare Parte D, y otros servicios de apoyo y de cuidados de salud, estatales o locales. Esta categoría de servicio abarca varias formas de comunicación incluyendo el contacto cara a cara, el telefónico o cualquier otra forma de comunicación apropiada por parte de un subreceptante. Las actividades claves de Manejo de Caso No Clínico incluyen, pero no se limitan a:

- ✓ Determinar inicialmente la elegibilidad de los participantes y confirmar dicha elegibilidad durante el año, según corresponda;

- ✓ Registrar y certificar la elegibilidad de las personas con diagnóstico de VIH en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, conforme autoricen;
- ✓ Realizar una entrevista inicial para identificar las necesidades y los sistemas de apoyo personal del participante;
- ✓ Desarrollar o actualizar un Plan de Cuidado Individualizado para atender las necesidades identificadas del participante;
- ✓ Coordinar servicios y referidos para servicios;
- ✓ Llevar a cabo visitas al hogar o comunidad de los clientes, incluyendo la asistencia a citas médicas;
- ✓ Realizar entrevistas e intervenciones de seguimiento a los participantes;
- ✓ Llevar a cabo discusiones de casos;
- ✓ Documentar las intervenciones y actividades para la coordinación y prestación de los servicios en las notas de progreso;
- ✓ Mantener comunicación efectiva con el personal de Enlace a Cuidado y Manejo de Caso Clínico para el referido de participantes;
- ✓ Establecer acuerdos colaborativos con centros externos para el referido de participantes para atender las necesidades psicosociales y de apoyo que aseguren el acceso y retención a cuidado;
- ✓ Desarrollar un cernimiento o avalúo inicial de las necesidades psicosociales del participante para acceder y retenerse en cuidado;
- ✓ Desarrollar un Plan de Acción Individualizado para satisfacer las necesidades psicosociales y de apoyo para asegurar el acceso y retención a cuidado del participante;
- ✓ Coordinar servicios para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del participante; y,
- ✓ Realizar intervenciones de seguimientos para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del participante, entre otras.

Los servicios de manejo de caso no clínico buscan mejorar el acceso a servicios y la adherencia al tratamiento para personas con VIH, mientras que el manejo de caso clínico se enfoca en mejorar los resultados de salud. La definición y unidades de servicio del manejo de caso no clínico se actualizarán anualmente según los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP. La Guía de Manejo de Caso No Clínico para los Subrecipientes de Fondos PRWBA complementa los estándares de servicios y la Guía para la Preparación de Propuesta y Solicitud de Fondos, disponible en: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5577>

IV. Comprobación de los Criterios de Elegibilidad

Como parte de las funciones del personal de Manejo de Caso No Clínico, todo participante a ser servido con los fondos de Ryan White Parte B/ADAP tendrá que cumplir con los criterios de elegibilidad evidenciados con la documentación requerida, vigentes en la última versión

de esta guía. A tales efectos se podrá utilizar para ello los **Anejos A o B**, según apliquen. No obstante, los documentos requeridos para evidenciar que los participantes cumplen con los criterios de elegibilidad serán actualizados en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP, la Guía para la Preparación de Propuesta y Solicitud de Fondos del Programa Ryan White Parte B, que se publica anualmente, así como en comunicados oficiales del Programa a estos fines.

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP
1. Comprobación de Identidad (ID)
La persona que solicita servicios subvencionados deberá presentar alguna identificación con foto que compruebe su identidad como: licencia de conducir, tarjeta electoral, pasaporte o identificación de empleo o de estudiante, u otro documento que permita evidenciar que la persona que solicita el servicio es quien dice ser. Si la persona que solicita algún servicio subvencionado no posee una identificación con foto, se podrá aceptar, por excepción, que la identidad del participante se verifique a través de cualquier otro documento personal fehaciente (ejemplo: declaración jurada) o declaración escrita firmada por el participante que evidencie la misma y que el manejador de caso así lo certifique. Esta excepción es particularmente aplicable, por ejemplo, para personas menores de edad, personas sin hogar o personas encamadas.
2. Elegibilidad Diagnóstica
La persona debe tener un diagnóstico positivo a VIH, por lo que deberá presentar evidencia de una prueba confirmatoria de: ✓ Algoritmo de cuarta (4^{ta}) o quinta (5^{ta}) generación u otra prueba de diagnóstico vigente utilizando los nuevos algoritmos de VIH o nuevas tecnologías aprobadas por la FDA para el diagnóstico del VIH. ✓ <i>Western Blot</i> ✓ Pruebas de Carga Viral (<i>Viral Load</i>) y CD4- De no mostrar prueba confirmatoria de VIH podrá presentarse copia de los resultados de las pruebas de CD4 y Carga Viral con fecha de expedición no mayor de seis (6) meses anteriores a la fecha de la solicitud. Cuando el participante presenta evidencia de una prueba confirmatoria de VIH o de las pruebas de carga viral y CD4, no es necesario actualizar las mismas una vez presentadas inicialmente para cumplir con el criterio de elegibilidad diagnóstica. En situaciones particulares se podrán aceptar: ✓ <u>Certificación del Médico Tratante de VIH del participante</u>- Esta opción solamente será contemplada cuando no existan los resultados de ninguno de los laboratorios antes mencionados. Ejemplo: Participantes que se trasladan a la isla sin evidencias clínicas de su condición por razones de emergencia, eventos atmosféricos y/o desastres naturales, entre otras. Si el participante procede de alguna otra jurisdicción de los

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP

Estados Unidos o del Sistema Correccional, manejo de casos deberá hacer toda gestión posible para obtener copia de alguna prueba confirmatoria de la condición.

- ✓ Pruebas Rápidas de VIH o ELISA Convencional- Serán aceptadas sólo para servicios que faciliten acceso a un centro clínico donde realicen pruebas confirmatorias de VIH y otros laboratorios relacionados.

3. Domicilio en Puerto Rico

La persona tiene que evidenciar que es residente en Puerto Rico, en uno de los 78 municipios que forman parte de las regiones de salud detalladas en la tabla a continuación.

REGIÓN	MUNICIPIOS
Arecibo	Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja
Bayamón	Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerio, Corozal, Dorado, Naranjito, Toa Alta, Toa Baja, Orocovis y Vega Alta
Caguas	Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa
Fajardo	Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande y Vieques
Mayagüez	Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián
San Juan	Guaynabo y San Juan, Canóvanas, Loíza, Carolina y Trujillo Alto
Ponce	Adjuntas, Guánica, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Jayuya, Yauco, Arroyo, Coamo, Guayama, Juana Díaz, Patillas, Salinas, Santa Isabel y Villalba

La persona deberá presentar evidencia de la Notificación de Decisión del Programa Medicaid, en la que se indique su dirección residencial. En caso de que la persona tenga el Plan de Salud del Gobierno (PSG), se podrá utilizar como evidencia la tarjeta de su plan médico para verificar en la página electrónica de www.medicaid.pr.gov, en la sección de Verificar mi Elegibilidad, que su cubierta sigue vigente. Asimismo, de la persona no ser elegible al PSG, se podrá aceptar como evidencia facturas de agua, luz, teléfono, contrato de alquiler y licencia de conducir, entre otros.

En cuanto, a los participantes que no han sido evaluados o que no cualifican a ser evaluados por el Programa Medicaid se comprobará el criterio de domicilio en P.R. al **someter evidencia de ingresos, residencia y aseguramiento. De no poder proveer dicha evidencia, podrá cumplimentar el formulario de Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad (ANEJO B) y firmado por el solicitante y el manejador de caso no clínico.** Si el participante es una persona

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP

sin hogar, debe contar con una certificación del programa o manejador de caso que documente su residencia al momento de determinar su elegibilidad.

4. Elegibilidad Económica

Para recibir servicios a través de los subrecipientes del Programa Ryan White Parte B/ADAP, la persona debe tener un ingreso igual o menor al 400%¹ del nivel de pobreza federal (NPF) aplicable o ser beneficiario del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Vital). El NPF es determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal (HHS, por sus siglas en inglés) y sirve de requisito para determinar la elegibilidad económica de la persona interesada.

Tabla para determinar nivel de pobreza federal para el 2025

Personas en el Hogar	400% Dollars Per Year	400% Dollars Per Month
1	\$62,600	\$5,217
2	\$84,600	\$7,050
3	\$106,600	\$8,883
4	\$128,600	\$10,717
5	\$150,600	\$12,550
6	\$172,600	\$14,383
7	\$194,600	\$16,217
8	\$216,600	\$18,050
9	\$238,600	\$19,883
10	\$260,600	\$21,717

Referencia: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

- ✓ El ingreso de elegibilidad lo determina el Programa de Asistencia Médica (Medicaid), según los criterios que dicho programa tiene establecidos y lo informa en una Notificación de Decisión. Por tanto, **TODA** persona interesada en recibir servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP deberá cumplir con el proceso de determinación de elegibilidad.

El participante deberá presentar evidencia de la Notificación de Decisión emitida por el Programa de Medicaid. Esta notificación deberá indicar si el participante o su

¹ Los subrecipientes de fondos- agencias coordinadoras- contratados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP aplicarán el ingreso de elegibilidad igual o inferior al 200% del Nivel de Pobreza Federal hasta el 31 de marzo de 2025. A partir del 1 de abril de 2025 aplicarán el ingreso de elegibilidad igual o inferior al 400% del Nivel de Pobreza Federal.

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP

componente familiar es elegible o inelegible para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG), y si es elegible o inelegible a Medicaid.

- ✓ Si el participante o su componente familiar no es elegible para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, la Notificación de Decisión deberá especificar que es inelegible y utilizando el ingreso de Medicaid del participante o su componente familiar que especifique la notificación, la agencia coordinadora determinará si el ingreso del participante se encuentra en o bajo el 200% del NPF aplicable para el año bajo consideración, y a partir del 1ro de abril de 2025 si el ingreso se encuentra en o bajo el 400% del NPF. Para el año 2025, favor referirse a la tabla a al finalizar el contenido de este criterio. No obstante, la versión actualizada de esta puede obtenerse a través del enlace: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- ✓ Si el ingreso de elegibilidad determinado por Medicaid excede el 400% del nivel de pobreza federal (NPF) debido a que el cálculo se realizó utilizando los ingresos del núcleo familiar, la agencia coordinadora verificará los ingresos individuales del solicitante y evaluará internamente la elegibilidad económica. Para esto, utilizará la *Herramienta de Determinación de Elegibilidad Económica a Personas con Diagnóstico de VIH en las Agencias Coordinadoras Contratadas por el Programa Ryan White Parte B/ADAP*. El proceso se llevará a cabo utilizando el ingreso económico proporcionado por Medicaid en esta notificación, la agencia coordinadora determinará si este ingreso está dentro del 400% del NPF. Si el ingreso familiar excede el 400% del NPF debido a que el cálculo del ingreso está basado en el núcleo familiar, la agencia coordinadora verificará los ingresos económicos individuales del solicitante y evaluará su elegibilidad económica. Para esto, serán considerados los siguientes los factores:
 - a. Fuentes de ingreso económico:
 - 1) Salario/sueldo- talonarios,
 - 2) Seguro social,
 - 3) Retiro, y,
 - 4) Beneficios de Veteranos.
 - b. Deducciones: Gastos de medicamentos.
- ✓ Si la persona no cuenta con la documentación requerida para evidenciar sus ingresos económicos, y que por fuerza mayor no pueda ser evaluada por el Programa Medicaid, se deberá utilizar la **Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad** (Anejo B).
- ✓ En caso de que la persona tenga el Plan de Salud del Gobierno (PSG), se podrá utilizar como evidencia la tarjeta de su plan médico para verificar en la página electrónica de

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP

www.medicaid.pr.gov, en la sección de Verificar mi Elegibilidad, que su cubierta sigue vigente.

- ✓ Para determinar la elegibilidad económica al Programa Ryan White Parte B/ADAP de participantes con cubierta médica privada, la persona **deberá asistir al proceso de elegibilidad del Programa Medicaid**. Al recibir la Notificación de Decisión de Programa Medicaid, la agencia coordinadora verificará los ingresos del solicitante y evaluará internamente la elegibilidad económica. Para esto, solicitará el apoyo de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH para que en conjunto se identifique la documentación que se le solicitará al participante, según su situación particular.
- ✓ **Para otras situaciones no contempladas en este contenido**, el personal de manejo de caso no clínico solicitará el apoyo de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH para que en conjunto se identifique la documentación que se le solicitará al participante.

5. Aseguramiento

Para acceder a cualquier servicio esencial clínico y de apoyo subvencionado por el PRWBA, el participante debe demostrar limitaciones para financiarlos y que no esté cubierto por un plan médico, público o privado. El personal de Manejo de Caso No Clínico deberá verificar que el participante cumpla con al menos una de las siguientes condiciones:

- ✓ No tener seguro de salud (cubierta médica);
- ✓ Que el seguro de salud no cubra el servicio solicitado; o,
- ✓ Que la cubierta del seguro para el servicio solicitado esté agotada.

Si el participante o solicitante cuenta con algún seguro de salud (cubierta médica) como el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, *Medicare* o planes médicos privados, la agencia deberá auscultar la cubierta correspondiente y, de ser necesario, dirigirlo a obtener los servicios a través de este. Asimismo, la agencia deberá ser proactiva identificando otras alternativas cuando se dificulte el obtener la negativa del plan médico. Algunas opciones o alternativas, sin limitarse a estas, que las agencias podrían considerar son: documentar las llamadas realizadas a las aseguradoras o planes médicos y proveer evidencia de cubierta a través de los libros de cubierta publicados en línea (*online*) por las aseguradoras. Además, la agencia deberá mantenerse al tanto de los cambios y las comunicaciones publicadas en la página electrónica de Medicaid. Para ello, pueden acceder a la página electrónica del Medicaid a través del siguiente enlace: <https://www.medicaid.pr.gov>.

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP

Con relación a las personas con diagnóstico positivo a VIH que son veteranas y elegibles a recibir los servicios subvencionados, el servicio que ofrece la Administración de Veteranos (VA) no se considera un seguro médico o una cubierta médica. Por lo tanto, se le requiere a todo proveedor de Ryan White que establezca una relación cercana con el sistema de servicios de cuidado para personas veteranas, en aras de que pueda orientar y coordinar servicios según sea apropiado y la persona lo permita. Consecuentemente, ningún proveedor de servicios subvencionados por Ryan White podrá negarles acceso a servicios de cuidado y apoyo subvencionados por Ryan White, de ser elegibles a los mismos. La persona veterana deberá atenderse de la misma manera en que se sirven otras personas: considerando que no se violente la cláusula de pagador de último recurso y que cumpla con los criterios de elegibilidad establecidos.

Por otra parte, si una persona no cuenta con un seguro de salud, deberá ser orientada y referida al Programa de Asistencia Médica (Medicaid) en su municipio de residencia o domicilio. Si el solicitante no cualifica para ser evaluado por el Programa Medicaid deberá someter el formulario de **Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad (Anejo B)** completado en todas sus partes y firmado por el solicitante y el manejador de caso no clínico.

Si el participante es una persona sin hogar, su expediente debe contar con una certificación que documente su estatus al momento de ingresarlo a un programa para personas que experimentan el sinhogarismo (sin hogar). Para esto, debe contar con una certificación de ese programa o manejador de caso que documente su residencia o domicilio y estatus al momento de determinar su elegibilidad.

a. **Determinación y Documentación de los Criterios de Elegibilidad**

De acuerdo con los requisitos de HRSA, establecidos en la *PCN 21-02 Determining Client Eligibility & Payer of Last Resort in the RWHAP*, es obligatorio certificar y documentar anualmente la elegibilidad de los/as participantes de servicios de la Parte B, y confirmar dicha elegibilidad de manera oportuna o periódica durante el año. Cada persona que reciba servicios subvencionados con los fondos Ryan White Parte B/ADAP deberá cumplir con los criterios de elegibilidad definidos en la *Guía de Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP*.

El personal de Manejo de Caso No Clínico deberá asegurar que los documentos que evidencian la elegibilidad de cada criterio estén actualizados al momento de la certificación de elegibilidad.

i. *Documentación de la elegibilidad*

Los documentos requeridos para evidenciar la elegibilidad de los participantes o solicitantes de los servicios subvencionados serán actualizados anualmente.

Las guías sobre este proceso se detallan en la Guía de Estándares de Servicios del PRWBA vigente.

Para validar los criterios de elegibilidad establecidos (identidad, diagnóstico, domicilio, económica y aseguramiento), cada manejador/a de caso deberá hacer alusión a los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP y a las comunicaciones oficiales del Programa.

ii. *Procesos de elegibilidad*

El Programa Requiere la realización de dos procesos claves de elegibilidad:

Determinación inicial de elegibilidad: Se refiere a la evaluación realizada a una persona con diagnóstico positivo al VIH que solicita por primera vez los servicios, es decir que no hay evidencia de haber solicitado o recibido los servicios previamente. En este caso, se considera como un participante nuevo, por lo que debe presentar todas las evidencias requeridas para verificar el cumplimiento de los criterios de elegibilidad. A este participante se le debe cumplimentar el Formulario para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico; una vez cumplimentado si el participante autoriza a compartir la información se subirá el documento al Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico.

El registro de la determinación inicial de elegibilidad en CAREWare, serán registrados considerando las siguientes unidades de servicios:

Determinación Inicial

Actividad donde se realiza por **primera vez** la determinación de elegibilidad **inicial**.

Unidad de Servicio

Una determinación de elegibilidad equivale a una unidad de servicio

Confirmación de elegibilidad: Es el proceso mediante el cual se verifica que el participante sigue cumpliendo con los criterios de elegibilidad para recibir servicios. **Requiere verificar los criterios de domicilio, ingresos y aseguramiento**, es decir no se solicita información para comprobar identidad y diagnóstico. Para documentar este proceso, se utilizará el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico (Anejo A), cumplimentando el documento según sus instrucciones.

La confirmación de elegibilidad se refiere a la determinación de un nuevo periodo de elegibilidad para participantes que han pasado por una determinación inicial. Según el PCN 21-02 publicado por HRSA, los recipientes de fondos Ryan White deben cumplir con la confirmación de elegibilidad periódica de acuerdo con las normativas federales. El periodo de vigencia de la elegibilidad se ajusta al proceso completado por el participante según su situación. Para llevar a cabo la confirmación de elegibilidad se utilizará el *Formulario para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico (Anejo A)*, una vez cumplimentado se procederá a actualizar el documento en la plataforma del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, si el participante autorizó a que su información este contenida en el sistema. Además, se actualizará el expediente con una nota de progreso que indique la fecha en la que se completó la confirmación de elegibilidad. Por último, las confirmaciones de elegibilidad deberán registrarse en CAREWare, según las unidades de servicios descritas en la gráfica.

Confirmación Anual

- Se refiere a la actividad para completar el proceso de certificación de elegibilidad posterior a la primera vez de aquel participante que presentó la documentación de residencia y aseguramiento (plan médico).
- Esta acción incluye revisión de expediente, documentos y toma de firmas correspondientes, según apliquen.
- Actualización del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico.
- Unidad de Servicio: Una confirmación anual completada equivale a una unidad de servicio.

Confirmación Semestral

- Se refiere a la actividad para completar el proceso de certificación de elegibilidad posterior a la primera vez de aquel participante que presentó una Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad PRWBA para evidenciar residencia, ingresos económicos y aseguramiento (sin ciberata médica o plan médico), está experimentando sinhogarismo (es persona sin hogar) o está en una situación de emergencia.
- Esta acción incluye revisión de expediente, documentos y toma de firmas correspondientes, según apliquen.
- Una confirmación semestral equivale a una unidad de servicio.

b. Determinación de Elegibilidad a Corto Plazo

Los subrecipientes de fondos del Programa Ryan White Parte B de Puerto Rico pueden establecer una elegibilidad a corto plazo para facilitar el acceso rápido a servicios, particularmente en situaciones especiales. Conforme al PCN 21-02 de HRSA, se permite iniciar la provisión de servicios a personas con diagnóstico de VIH que aún no hayan completado la documentación que evidencie los criterios de elegibilidad, siempre que se realice una evaluación dentro de un periodo razonable. Este proceso debe completarse dentro de un plazo de 30 días calendario desde el inicio de los servicios, garantizando así la continuidad de cuidado sin demoras innecesarias.

Estas situaciones comprende pero no se limita a las personas que no dispongan de un seguro de salud o aquellas en que el participante enfrenta una barrera mayor que le dificulta proveer alguna documentación requerida, que evidencie el cumplimiento con alguno de los criterios de elegibilidad. Como pudiera ser, sin limitarse a esta, que de la Oficina del Medicaid no ha recibido o se le haya provisto la evidencia requerida, se puede completar la **Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad**, refiérase al **Anejo B**. El personal de Manejo de Caso no Clínico puede considerar la información verbal o electrónica que provea el participante.

Según indicado previamente, la elegibilidad a corto plazo se otorga por 30 días calendario, por lo tanto, se debe orientar al participante para que, en un tiempo razonable, provea la evidencia requerida para certificar su elegibilidad. En situaciones extraordinarias, este periodo podrá extenderse con la debida autorización. Esta reconsideración podrá extenderse por un periodo adicional de 30 días, pero requiere evidenciar que la obtención de la documentación requerida no se ha podido culminar por razones fuera de control del participante, por ejemplo, la culminación de la inscripción a un seguro de salud público o privado.

Cabe destacar que de una persona resultar finalmente inelegible, la agencia coordinadora es responsable de aplicar al participante el recobro correspondiente por el servicio prestado y facturar a fuentes de pago alternas, como el seguro médico con el cual cuente el participante u otras fuentes de pago disponibles.

c. Determinación/Confirmación en Situaciones de Emergencia

En situaciones de emergencia (situaciones de emergencia por evento atmosférico o pandemia) declaradas por el Ejecutivo, se activará el Plan de Preparación y Continuidad de Operaciones con el fin de garantizar el acceso a los servicios esenciales

de salud y apoyo, se utilizará la elegibilidad a corto plazo. En estos casos pudieran surgir dificultades para obtener la firma del participante, por lo cual se aceptará que el formulario de elegibilidad sea completado por el personal de manejo casos mediante una llamada telefónica en la que se documente las respuestas del participante a las preguntas sobre sus criterios de elegibilidad. Este proceso busca garantizar el cumplimiento con las disposiciones de HRSA en cuanto a determinar inicialmente y confirmar periódicamente la elegibilidad de los participantes. No obstante, de usar esta modalidad, el participante debe enviar por medios electrónicos la documentación de elegibilidad requerida debidamente encriptada. Del participante necesitar orientación sobre cómo encriptar los documentos, el personal de MCNC debe estar en la disposición de explicarle cómo hacerlo.

La alternativa expuesta en el párrafo anterior está disponible como último recurso cuando se han agotado las alternativas previamente especificadas. Esto aplica en los casos donde el participante presente dificultades para acceder a la agencia y/o el personal de manejo de caso no pueda localizarlo en su residencia. En estos casos, el personal de manejo de casos debe documentar la gestión telefónica realizada para la determinación inicial o confirmación de elegibilidad en el espacio provisto para estos fines. Asimismo, el personal de MCNC deberá cumplimentar la certificación de intervención telefónica incluida al final del Formulario de Elegibilidad, especificando el nombre y el de la agencia coordinadora, así como firmando y colocando la fecha en la que se realizó la intervención.

Además, la agencia coordinadora deberá conservar el formulario de elegibilidad en expediente para que el participante lo firme en un tiempo razonable una vez se logre contactarlo. Es de suma importancia aclarar que, si la persona resulta finalmente inelegible, la agencia coordinadora será responsable de aplicar el recobro correspondiente por el servicio prestado y facturar a fuentes de pago alternas, como el seguro médico con el cual cuente el participante u otras fuentes de pago disponibles. Recordamos que, además de la determinación y confirmación de la elegibilidad, la coordinación y prestación de los servicios subvencionados deberán realizarse asegurando el cumplimiento de la política de pagador de último recurso, aplicable a la prestación de los servicios subvencionados por PRWBA.

d. Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico

El Comité Interpartes Ryan White en Puerto Rico con el apoyo del Programa Ryan White Parte B/ADAP desarrolló una herramienta para facilitar el acceso a los servicios subvencionados por estos fondos federales. Este sistema busca simplificar la

documentación de los criterios de elegibilidad mediante un registro cerrado de entidades y usuarios que contiene el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico; este documento se utiliza para determinar el cumplimiento con los criterios de elegibilidad para recibir servicios financiados por Ryan White.

El componente de Manejo de Caso No Clínico auscultará con el participante si autoriza a compartir su información y documentos a través del **Sistema de Elegibilidad de Ryan White en Puerto Rico**. De ser afirmativo, el participante firmará la autorización de divulgación a estos fines y se cumplimentará el Formulario de Elegibilidad para Servicios de Ryan White. Aunque el Sistema provee para incorporar los documentos que evidencian cada criterio de elegibilidad individualmente, el incorporar los mismos no es requerido; más bien, es opcional. **Por tanto, con el Formulario cumplimentado y firmado se podrá cumplir con el requerimiento de evidenciar elegibilidad al Programa.**

El **Formulario para Recibir los Servicios Ryan White en Puerto Rico (Anejo A)** contempla todas las alternativas en miras a evidenciar la elegibilidad de los distintos recipientes de fondos Ryan White en Puerto Rico. Una vez cumplimentado el Formulario, lo único que será requerido al participante serán aquellos otros documentos particulares para coordinar cada servicio. Sin embargo, en lo que respecta a la elegibilidad, el contar con el antes mencionado Formulario será suficiente. Las guías establecidas por el PRWBA están contenidas en el Manual de Entrada de Datos al Sistema de Elegibilidad de Ryan White accesible a través de <https://rwelegibilidadpr.salud.pr.gov>. **Del participante no autorizar a compartir su información a través de este sistema, se seguirá el proceso habitual para determinar o confirmar elegibilidad para recibir los servicios subvencionados a través de la agencia coordinadora.**

e. Certificación de Elegibilidad a Corto Plazo en Situaciones de Emergencia

En caso de una emergencia oficialmente declarada, como un evento atmosférico o una pandemia, se activará el Plan de Preparación y Continuidad de Operaciones para garantizar el acceso a servicios esenciales de salud y apoyo. Bajo estas circunstancias, se podrá aplicar la elegibilidad a corto plazo, permitiendo flexibilidad mediante la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad (Anejo B), que tendrá una **vigencia de 30 días**.

Cuando no sea posible obtener la firma del participante, el personal de manejo de casos no clínico podrá completar el formulario de elegibilidad mediante una llamada

telefónica, documentando las respuestas del participante sobre su la confirmación periódica de elegibilidad. No obstante, el participante deberá enviar electrónicamente la documentación requerida, asegurando que esté debidamente encriptada. En caso de necesitar asistencia con el proceso de encriptación, el personal de manejo de caso no clínico deberá proporcionar orientación.

Esta certificación se utilizará como último recurso, cuando la persona interesada en recibir servicios o el participante no pueda acudir a la agencia o el personal de manejo de casos no logre localizarlo en su residencia. En estas circunstancias, el personal deberá:

1. Documentar la gestión telefónica en el espacio correspondiente en el formulario de elegibilidad.
2. Completar la certificación de intervención telefónica, indicando el nombre del participante, la agencia coordinadora, la fecha y la firma del personal responsable.
3. La agencia coordinadora deberá añadir y mantener el documento en el expediente, para que este pueda ser firmado posteriormente por el participante cuando se logre tener contacto con este.

En caso de que se determine que la persona no es elegible, la agencia será responsable de aplicar el recobro correspondiente y facturar a fuentes de pago alternativas, como su seguro médico o cualquier otra fuente disponible. Además, de la determinación y confirmación de elegibilidad, la coordinación y prestación de los servicios subvencionados deben cumplir con la política de pagador de último recurso, garantizando el uso eficiente de los fondos del PRWBA.

V. Confidencialidad

Según estipulado en el contrato del Departamento de Salud con cada agencia coordinadora, la agencia se compromete a cumplir con la ley federal “Health Insurance Portability and Accountability Act” (HIPAA). A tenor con este requerimiento, se han creado documentos que deben estar presentes en los expedientes de cada participante. Estos se mencionan a continuación.

1. **Consentimiento a Intervención de Manejo de Casos y Contrato de Servicios:** Para la prestación de servicios de manejo de caso, deberá cumplimentarse el **Consentimiento a Intervención de Manejo de Casos y Contrato de Servicios** que se incluye en el **Anejo C**. Una vez cumplimentado el formulario de consentimiento no es necesario actualizar el mismo anualmente. El mismo deberá ser actualizado cuando el/la participante desee realizar cambios referentes a revocar o autorizar alguna acción o gestión contemplada en el formulario.

2. **Consentimiento para Visitas al Hogar y Llamadas:** Para facilitar las gestiones de búsqueda y alcance de participantes fuera de tratamiento, es requerido que el personal de Manejo de Caso cumplimente el formulario de **Consentimiento para Visitas y/o Llamadas**, incluido en el **Anejo D** de la presente Guía cuando la agencia reciba referidos de centros externos. Este formulario debe ser cumplimentado con la colaboración y consentimiento del/la participante, y el/la Manejador/a de Casos de la agencia deberá marcar si el/la participante consiente o no a que lo llamen o visiten en caso de haber descontinuado tratamiento y de ser el caso, bajo cuales condiciones consiente a ser llamado o visitado. El Consentimiento para Visitas y/o Llamadas debe ser firmado por el/la participante y el/la Manejador/a de Casos que lo cumplimenta, y deberá ser actualizado cada vez que el/la participante desee revocar su consentimiento a ser llamado o visitado o, si por el contrario, desea consentir tales gestiones. Por tanto, será responsabilidad del personal de Manejo de Caso auscultar con el/la participante, durante las visitas a la agencia, si desea realizar cambios en el formulario de Consentimiento para Visitas y/o Llamadas.
3. **Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento:** Este formulario debe ser cumplimentado durante la primera visita de cada participante, y tomar su firma a los fines de evidenciar que ha sido orientado/a acerca de las políticas de prácticas de privacidad y confidencialidad de la organización. Para esto, se utilizará el **Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento** del **Anejo E**. Por otra parte, si el/la participante desea realizar cambios en su representante autorizado/a, puede completar nuevamente el **Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento**. Dicho formato está incluido en el **Anejo E** de la presente Guía.
4. **Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud:** Según requerido por la ley federal *“Health Insurance Portability and Accountability Act”* (HIPAA), antes de prestar cualquier servicio subvencionado y/o de hacer cualquier gestión que implique el uso o divulgación de PHI (i.e. Información de Salud Privilegiada) del/la participante es requerido cumplimentar el nuevo formato del formulario de Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud. Este formulario deberá ser cumplimentado cada vez que se solicite hacer una divulgación, siguiendo la norma establecida en el **ANEJO F**, a saber: **Norma para la Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud**. El formato para la **Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud** está incluido en el **Anejo G** de la presente Guía.

Además, como parte del proceso de implementación del **Sistema de Elegibilidad de Ryan White en Puerto Rico**, el Manejador de Caso auscultará con el participante si autoriza a compartir su información y documentos a través del sistema de elegibilidad y de ser el caso, el participante firmará la autorización de divulgación a estos fines. Se hace la aclaración que la autorización de divulgación que se utilizará para compartir información en el Sistema de Elegibilidad de Ryan White aplica exclusivamente para estos propósitos y no sustituye la **Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud** que debe ser cumplimentada antes de prestar cualquier servicio subvencionado y/o de hacer cualquier gestión que implique el uso o divulgación de PHI del participante.

5. **Relevo de Responsabilidad y Autorización Informada para el Uso de Datos Personales para Servicios que Requieran Trámites Electrónicos:** En aquellos casos en los que para la coordinación o prestación de los servicios, el participante necesite realizar gestiones por medios electrónicos y no cuente con el apoyo de familiares y allegados a estos fines, MCNC debe solicitar su consentimiento para proveerle asistencia en situaciones en las que comparte su información de salud protegida (PHI) con un ente externo por medios electrónicos. Para esto deberá cumplimentarse el Relevo de Responsabilidad y Autorización Informada para el Uso de Datos Personales para Servicios que Requieran Trámites Electrónicos, incluido en el **Anejo H**.
6. **Autorización para Entrega de Medicamentos en el Hogar:** Según fuera confirmado con la Oficina de HIPAA del Departamento de Salud, de haber situaciones apremiantes o de emergencia donde el acceso del participante a sus medicamentos estuviera restringido, con el consentimiento del participante, el personal de MCNC puede recoger los medicamentos a la farmacia del participante y hacerle entrega al hogar o trabajo. Para ello, se creó el **Consentimiento para Recogida de Medicamentos en Farmacia (Anejo I)**.
7. **Bitácora de Divulgaciones de PHI:** En la eventualidad de que personal autorizado de la agencia coordinadora divulgue por cualquier medio información de salud protegida (PHI) del/la participante deberá cumplimentarse la **Bitácora de Divulgaciones de PHI**, incluida en el **Anejo J** de la presente Guía. En esta Bitácora deberá especificarse: nombre del/la participante, número de expediente, la fecha de la solicitud del PHI, la fecha de la divulgación, el nombre del/la solicitante del PHI, la dirección del/la solicitante, el modo de la solicitud (oral o escrito), el propósito de la divulgación, el PHI divulgado y la persona que divulga el PHI. La *Bitácora de Divulgaciones de PHI* con la información antes especificada deberá

archivarse en el expediente del/la participante y cumplimentarse cada vez que se divulgue información de salud protegida del/la participante de servicios.

- 8. Registro de Copias de los Expedientes No-Clínicos Entregados al Participante:** En la eventualidad de que el/la participante o su representante autorizado solicite copia del expediente no clínico, deberá cumplimentarse el **Registro de Copias de los Expedientes No-Clínicos**, incluida en el **Anejo K** de la presente Guía. En este Registro deberá especificarse: nombre del/la participante, número de expediente no clínico, fecha en la que se hace entrega de la copia del expediente, documentos entregados, propósito de la solicitud, nombre del/la solicitante, firma del/la solicitante, número de *ID* (número de licencia de conducir u otra identificación con foto y firma) del/la solicitante, y nombre del personal de la agencia coordinadora que entrega la/s copia/s. El Registro de Copias de los Expedientes No-Clínicos con la información antes especificada deberá archivarse en el expediente del/la participante y cumplimentarse cada vez que se entregue copia del expediente del/la participante de servicios.
- 9. Decomiso de Expedientes de Participantes:** En el caso de la agencia coordinadora interesar decomisar expedientes de participantes de servicios subvencionados deberá notificarlo con antelación al Programa Ryan White Parte B/ADAP para en mutuo acuerdo y conocimiento establecer el curso de acción a seguir. De proceder el decomiso de los expedientes, la agencia deberá asegurarse de que, en el proceso de decomiso y digitalización de expedientes, de ser el caso, salvaguarden la información de salud protegida (PHI) de los participantes. Esto en cumplimiento con *HIPAA*, y sus reglas de privacidad y seguridad, según aplican a los asociados de negocio de Departamento de Salud-PRWPB/ADAP.
- 10. Queja por Violación a la Privacidad de la Información Médica de la OCR:** De surgir algún incidente relacionado a faltas a la privacidad, confidencialidad y/o uso o divulgación de salud protegida (PHI) de los/as participantes, el personal de Manejo de Caso de la agencia deberá facilitar al/la participante copia del formulario **Queja por Violación a la Privacidad de la Información Médica** de la Oficina para los Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Este formulario se puede acceder en el siguiente enlace:
<https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consurers/privacyhowtofiles.pdf>.

VI. Coordinación de Servicios

- a. **Plan de Cuidado Individualizado:** Para la prestación y/o coordinación de los servicios modulares de salud y de apoyo es requerido que los mismos se ofrezcan de acuerdo con un Plan de Cuidado Individualizado. El Plan de Cuidado Individualizado se desarrolla anualmente y debe ser actualizado al prestar los servicios, siempre que se identifiquen necesidades nuevas o no contempladas anteriormente en el Plan. Este plan de cuidado debe desarrollarse y discutirse con el participante de los servicios.

Al desarrollar el plan, deberá indicarse la fecha de determinación inicial o confirmación de elegibilidad. Esta es la fecha en la que se determina la elegibilidad por primera vez en el caso de participantes nuevos o se confirma la elegibilidad de un participante existente y se desarrolla el plan de cuidado individualizado por vez primera o durante el año al confirmar la elegibilidad del participante. Posteriormente, de identificarse necesidades nuevas o no contempladas anteriormente en el plan, se deberá especificar la fecha en la que se revisa el plan en la columna identificada para estos fines. En el caso de que, al consultar al participante, no se identifiquen nuevas necesidades esto se documentará como una actualización del Plan de Cuidado Individualizado, reflejando que se ha llevado a cabo la evaluación correspondiente. Asimismo, en el Plan de Cuidado Individualizado deberán identificarse las necesidades del participante que podrán atenderse en el corto plazo durante la vigencia del plan y el participante cumple con los criterios de elegibilidad y otros aplicables para recibir los mismos.

Las necesidades proyectadas, a ser atendidas a largo plazo fuera del periodo de vigencia del plan o aquellas que no puedan atenderse ya que al momento el participante no cumple con los requisitos para recibir los mismos, deberán documentarse en las notas de progreso, siguiendo las guías para la redacción de estas de la presente guía. Esto considerando que, de alguna necesidad o servicio identificado en el plan que está “en proceso” o no es provisto, deberá detallarse en las notas de progreso las razones por las cuales el servicio está en proceso o no fue provisto y las alternativas presentadas para la atención de la necesidad o prestación del servicio por los fondos de la Parte B u otras fuentes de pago disponibles, según los fondos destinados a las personas con diagnóstico positivo al VIH. Además, el plan incluye una columna de comentarios para que el MCNC puede detallar cualquier comentario u observación que estime pertinente, particularmente cuando los servicios no son provistos o están en proceso.

Además, en cumplimiento con el requerimiento de confirmación de elegibilidad estipulado en el *HRSA PCN #21-02*, como parte de la actualización periódica del Plan de Cuidado Individualizado, deberá auscultarse si el participante tuvo algún cambio que pudiera afectar su elegibilidad para recibir los servicios subvencionados (i.e. ingresos, aseguramiento o residencia), particularmente si tuvo cambios en su cubierta de aseguramiento Platino o *Advantage*. De ser el caso, deberá marcarse el tipo de cubierta, indicando que hubo cambio y solicitar la evidencia de la nueva cubierta médica al participante. Del participante no presentar cambios en su cubierta, deberá ser así especificado. De mismo modo, del participante no tener este tipo de cubierta deberá marcarse “N/A”. Cuando el personal de Manejo de Casos de la agencia coordinadora realice una determinación o confirmación de elegibilidad de los/as participantes, deberá registrar esta información en la base de datos del *CAREWare* bajo la alternativa de **Determinación o Confirmación de Elegibilidad, según corresponda**. En el **Anejo L** de la presente Guía, incluimos el formulario del **Plan de Cuidado Individualizado** que deberán implementar para la prestación de los servicios.

- 1. Notas de Progreso:** Para la prestación de los servicios subvencionados con fondos de la Parte B/ADAP, es requerido que el personal de manejo de caso no clínico documente las gestiones realizadas en beneficio de los/as participantes en las notas de progreso y formularios, según corresponda, para la coordinación y/o prestación de cada servicio. En el caso específico de las notas de progreso, las mismas deben especificar, como mínimo, la fecha de la intervención, la razón principal de la visita o llamada, las observaciones que hace el/la Manejador/a de Casos sobre el/la participante, las observaciones o comentarios del/la participante, las necesidades del/la participante sean estas inmediatas y/o proyectadas, las gestiones que se realizaron o realizarán para atender las necesidades identificadas, y los datos relacionados con los servicios a ser prestados o coordinados (i.e. tipo, cantidad, costo, duración o extensión de tiempo durante el cual se proveerá el bien o el servicio, número de referido), gestiones realizadas para cumplir con la política de pagador de último recurso, firma del/la manejador de caso y duración del encuentro (ej. 15, 30, 45 o 60 minutos).

Asimismo, en caso del participante ser referido para recibir servicios en otro programa para el cual sea requerido la presentación de evidencias no requeridas por el PRWPBA, a los fines de facilitar el acceso de los participantes a servicios no subvencionados por el PRWPBA, deberá

documentarse el referido a estos fines en las notas de progreso y únicamente bajo este escenario debidamente documentado y evidenciado en expediente, se puede solicitar al participante documentos no requeridos por Parte B, pero que son requeridos para canalizar y referir al participante a recibir servicios de otro programa. Esto siempre y cuando la solicitud de estas evidencias o documentos no requeridos no forme parte de los requisitos para solicitar y acceder los servicios subvencionados y no represente una barrera de acceso a los mismos.

En el **Anejo M** se incluye el formato para la redacción de las **notas de progreso** en el expediente físico del participante. No obstante, las agencias han sido orientadas a que registren las notas de progreso en el dominio designado en el *CAREWare* para estos fines (*Case Note*). Esto teniendo como alternativa el que la agencia solo redacte las notas en el *CAREWare* o que redacte las notas en el *CAREWare* y las imprima para guardar copia de estas en el expediente físico del participante. Recordamos que, para la redacción de las notas de progreso en el *CAREWare*, el personal de manejo de casos deberá seguir las guías previamente especificadas acerca de la información mínima que las notas de progreso deben incluir. Asimismo, en aquellos casos que por situaciones particulares no se pueda acceder al *CAREWare*, la agencia deberá tener un mecanismo alternativo para redactar las notas de progreso para documentar las gestiones y servicios prestados a los participantes.

2. **Referido:** Para la prestación de los servicios subvencionados es requerido que el/la Manejador/a de Caso cumplimente la **Hoja de Referido** para servicio, incluido en el **Anejo N** de la presente Guía.

El referido contiene tres secciones principales que deben ser cumplimentadas en su totalidad. La sección superior identifica la institución que provee el servicio, el número de referido o control del documento, la información demográfica del/la participante, la fecha del referido y el o los planes/es médico/s del/la participante. Si el referido no tiene número secuencial, la organización debe proveer un número control único para el documento de tal modo que no pueda confundirse con otros referidos. La información del/la participante debe estar completa. Para esto, se requiere incluir el nombre y número de record o ID, que no deberá ser igual al número de seguro social del/la participante.

Al justificar el referido, es necesario recordar que las personas que reciben servicios pagados con fondos del Programa Ryan White Parte B/ADAP tienen que cumplir con el requisito de estar en o bajo el nivel de pobreza federal de 400%. Se recomienda que la organización escriba razones específicas para proveer el servicio. Por ejemplo, puede indicar “Participante requiere uso de glucómetro para monitorear niveles de azúcar y su plan médico no lo cubre”.

La segunda sección del referido debe incluir la firma del/la Manejador/a de Casos que atendió al participante y firma del/la Coordinador/a de Servicios de la agencia que aprueba el servicio y firma del/la participante, al igual que la fecha en que firman las tres partes. Es importante recalcar que el referido no puede estar firmado o iniciado por el manejador de casos u otra persona en el renglón que corresponde a la firma del/la participante, a menos que éste no pueda escribir y firme el tutor legalmente autorizado. En esos casos, la organización debe incluir copia de la autorización legal para la tutoría con los documentos de apoyo.

La tercera sección del referido debe ser cumplimentada por el proveedor. Esta sección incluye: descripción y costo del servicio provisto, firma del proveedor certificando que ha provisto el servicio, fecha en que proveyó el servicio y firma del participante. Por razones de monitorías y auditorías, así como para evidenciar que el/la participante solicitó y recibió los servicios, los referidos deben presentar la firma del/la participante. De no proveerse la firma del/la participante, es necesario proveer una certificación que detalle que el/la participante recibió el servicio. En el caso de los servicios de continuidad en los que se dificulta obtener la firma del/la participante, como puede ser el caso de los servicios de equipo médico durable y desechable, el/la MCNC puede firmar el referido por el/la participante, una vez se haya asegurado de que el/la participante recibió el servicio mediante una hoja que detalle el servicio prestado por el proveedor, la fecha en la que prestó el mismo y la firma del/la participante.

Los referidos deberán ser cumplimentados tomando en consideración la naturaleza del servicio a ser provisto, la información especificada en las órdenes médicas, los planes de cuidado de salud, los referidos para suplementos nutricionales orales, los planes nutricionales y los planes para los servicios de vivienda, así como cualquier otra documentación de apoyo que acompañan los mismos, según apliquen para cada categoría de servicio subvencionado. Además, el/la Manejador/a de Caso No Clínico

deberá responder a los referidos generados por el/la Manejador/a de Caso Clínico de los CPTETs a través del CAREWare. Para ello, podrá utilizar de referencia el Manual de CAREWare creado para este propósito o solicitar una Asistencia Técnica al Gerente de CAREWare del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Por último, se debe tener presente que de necesitar hacer cambios a lo escrito en los referidos, lo escrito incorrectamente se debe tachar e iniciar. Un ejemplo de esto sería que si por error se escribió mal el nombre de un suplemento nutricional, se procede a tachar e iniciar lo escrito incorrectamente y a añadir el nombre correcto.

3. **Solicitud para Autorización de Servicio- “Vistos Buenos” (cuando aplique):** Para los servicios que estará subvencionando el Programa Ryan White Parte B/ADAP que implique exceder el tope de pago para una categoría o subservicio específico o una situación especial (particular) no contemplada en la descripción del servicio, deberá solicitarse autorización del Programa a través de una Solicitud para Autorización de Servicios. En la misma el personal de manejo de caso no clínico deberá certificar que revisó todos los criterios de elegibilidad requeridos y que el participante cumple con estar elegible al Programa. Además, deberá acompañar la solicitud con la documentación de apoyo que evidencie la necesidad del servicio del/la participante, orden médica, negativa de cubierta del plan médico del/la participante o de que agotó tope del plan para el servicio, cotización del servicio, entre otros, según aplique a cada caso. El formulario de Solicitud para Autorización de Servicios ha sido incluido en el **Anejo O** del presente documento. Para prestar los servicios que han sido sometidos para la aprobación del Programa Ryan White Parte B, mediante una Solicitud para Autorización de Servicio, deberá contarse con la aprobación previo a prestar los servicios por estos fondos.
4. **Informe de Transferencia o Cierre de Casos (cuando aplique):** Para la transferencia o cierre de caso, el/la Manejador/a de Casos deberá cumplimentar el **Informe de Transferencia o Cierre de Caso** que se incluye en el **Anejo P**. El mismo debe especificar la razón de la transferencia o cierre, un resumen de los servicios que fueron provistos al(la) participante, la fecha en que se cumplimenta el informe y algún comentario u observación que se estime necesario incluir en el mismo. Este informe deberá archivar en el expediente del/la participante una vez su caso haya sido transferido o cerrado. Además, una vez formalizada la

transferencia o el cierre, deberá actualizarse el estatus del/la participante en la base de datos del *CareWare*, según corresponda.

II. SERVICIOS MEDULARES Y DE APOYO SUBVENCIONADOS CON FONDOS DE PARTE B

Para la prestación de cada uno de los servicios especificados a continuación, el/la Manejador de Casos No Clínico deberá asegurarse de cumplir con la política de pagador de último recurso aplicable a recipientes de fondos de la Parte B, lo descrito en esta Guía, las guías y protocolos del Programa Ryan White Parte B para la prestación de los servicios subvencionados aplicables, así como lo especificado en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP y la Guía para la Preparación de Propuesta y Solicitud de Fondos del Programa Ryan White Parte B vigente y otros comunicados oficiales del Programa Ryan White Parte B.

En cumplimiento con las leyes vigentes sobre **telemedicina (Ley 168-2018)**, **telesalud (Ley 68-2020)** y **ciberterapia (Ley 48-2020)**, se promueve el uso de estas modalidades en la prestación de servicios. Además, los manejadores de casos de apoyo y otros profesionales bajo el **PRWBA** deben cumplir con regulaciones federales y estatales para garantizar el acceso equitativo y la continuidad del cuidado a través de telesalud cuando sea aplicable.

Como normativa general, es fundamental que los subrecipientes cumplan con lo siguiente:

- Cumplan con la Ley HIPAA para asegurar la protección de la información del paciente.
- Los profesionales de la salud que brindan los servicios deben contar con las licencias y certificaciones necesarias. Incluyendo recibir la capacitación adecuada en el uso de tecnologías de telesalud y en las mejores prácticas para la prestación de servicios bajo estas modalidades.
- Las organizaciones deben desarrollar y mantener los protocolos que aborden:
 - Forma de contacto con los participantes.
 - Métodos para proteger la información de salud protegida (PHI), incluyendo el manejo de los expedientes.
- Implementar procesos de monitoreo y evaluación para conocer los resultados de los servicios proporcionados y garantizar que se cumplan los estándares de calidad. Así como identificar las áreas de mejoramiento para adaptar las mejores prácticas.

El PRWBA requiere que los subrecipientes sometan los protocolos detallados que cumplan con las regulaciones e información necesaria.

Las categorías y subservicios subvencionados por la Parte B se describen anualmente en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP. No obstante, a continuación, solo se mencionarán aspectos adicionales o complementarios a los ya contenidos en los estándares o en la Guía para la Preparación de Propuesta y Solicitud de Fondos vigente. A tales efectos las categorías que serán mencionadas a continuación se limitarán a las siguientes: 1) Salud Oral, 2) Terapia Médico Nutricional, 3) Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad, 4) Asistencia Económica de Emergencia, 5) Transportación Médica, 6) Banco de Alimentos/Comida a Domicilio y 7) Vivienda Temporal.

1. Salud Oral

La Solicitud para Autorizar Servicios en esta categoría deberá ser sometida al Programa cuando los costos de los procedimientos excedan los aprobados bajo el Plan de Salud del Gobierno, ya que esta es la referencia oficial utilizada por el Programa. Se debe incluir en la solicitud y documentación de apoyo el nombre completo del especialista dental y su número de licencia. Además, se deberá identificar claramente en las cotizaciones el código y nombre del procedimiento solicitado. Esta solicitud será evaluada por el consultor de salud oral del Programa.

2. Terapia Médico Nutricional

Este servicio debe ofrecerse siguiendo la *Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional* vigente de los Programas Ryan White, así como los anejos incluidos en la misma.

a. Consejería Nutricional

El Plan Nutricional debe ser cumplimentado por el/la nutricionista/dietista y debe especificar: la necesidad del servicio, la fecha de inicio de la terapia nutricional, el tipo de suplemento o comida, la cantidad o dosis, la frecuencia con la que se deberá proveer el suplemento nutricional o comida al/la participante, la fecha de revisión del plan, la fecha de terminación de la terapia médica nutricional y la firma del/la dietista licenciado/a que desarrolla el plan y número de licencia.

El Programa ha creado el formato incluido en el **Anejo Q**. No obstante, no será un requisito utilizar este formato si el ya creado por el/la nutricionista/dietista contempla y cumple con la información requerida del Plan Nutricional.

Si el/la participante visita al/la dietista o nutricionista referido por recomendación de un médico, el/la dietista o nutricionista deberá marcar “Sí” en el renglón de “Referido a Consejería Nutricional por recomendación médica”. De lo contrario,

deberá marcar “No” en este renglón. Por otro lado, en el renglón de “Periodo de tiempo que cubre este plan” no se debe especificar un periodo mayor a un año.

b. Suplementos Nutricionales

Al igual que con la consejería nutricional, el proceso para el despacho de suplementos nutricionales está contenido en la *Guía para la Provisión de la Categoría de Servicio de Terapia Médico Nutricional*. Es importante destacar que algunos planes *Medicare Advantage* y platino entre sus beneficios, incluyen productos que pueden ser adquiridos sin receta u “*over the counter*” (OTC) los cuales pueden incluir suplementos nutricionales. Por tanto, es importante que se exploren todas las alternativas disponibles para obtener evidencia de los artículos o productos que pueden ser adquiridos a través de esta cubierta y la cantidad de dinero disponible en cada cubierta. Algunas de las alternativas disponibles, sin limitarse a estas, son: llamar directamente a la aseguradora para conocer sobre los beneficios por tipo de cubierta, llamar a la aseguradora con el participante presente una vez este lo autorice para auscultar cobertura sobre su cubierta en particular, facilitar al participante el obtener el recibo de la farmacia que especifica el balance disponible en su cubierta de OTC y revisar los beneficios incluidos para cada cubierta en las páginas electrónicas de las respectivas aseguradoras.

3. Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad

Los servicios de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad son servicios provistos al/la participante en su hogar o en un ambiente integrado basados en un **Plan de Cuidado** escrito, establecido por un equipo de cuidado médico bajo la dirección de un proveedor clínico licenciado, adecuados a las necesidades del/la participante. El Plan de Cuidado debe indicar, como mínimo, la necesidad de estos servicios, el tipo, la cantidad y el periodo de tiempo durante el cual se proveerán los mismos. El/la Manejador/a de Casos será responsable por la coordinación del servicio, tomando como referencia la información provista en el Plan de Cuidado facilitado por el personal médico o proveedor del servicio. El formato del Plan con sus respectivas instrucciones se encuentra en el **Anejo R**.

Los servicios incluyen: equipo médico durable, desechable, asistente de salud en el hogar, visita de médico en el hogar, visita de enfermero/a en el hogar, entrega de medicamentos al hogar, laboratorios al hogar, o servicios integrados. Para ofrecer este último (servicios integrados), la agencia tiene que realizar un análisis de costo-efectividad del servicio utilizando el **ANEJO S**, que debe estar acompañado de una lista

de precios oficial del proveedor del servicio. Es decir, la agencia debe demostrar cómo el ofrecer el paquete de servicios bajo servicios integrados resulta ser más económico que ofrecer los servicios que ameritará el/la participante por separado. Este análisis debe estar disponible en el expediente del participante al momento de la monitoría.

Es importante destacar que algunos planes *Medicare Advantage* y platino entre sus beneficios, incluyen productos que pueden ser adquiridos sin receta u “*over the counter*” (OTC) los cuales pueden incluir equipos médico-desechables, como por ejemplo: pañales y toallas humedecidas o *wipes*. Por tanto, es importante que se exploren todas las alternativas disponibles para obtener evidencia de los artículos que pueden ser adquiridos a través de esta cubierta y la cantidad de dinero disponible en cada cubierta. Algunas de las alternativas disponibles, sin limitarse a estas, son: llamar directamente a la aseguradora para conocer sobre los beneficios por tipo de cubierta, llamar a la aseguradora con el participante presente una vez este lo autorice para auscultar cobertura sobre su cubierta en particular, facilitar al participante el obtener el recibo de la farmacia que especifica el balance disponible en su cubierta de OTC y revisar los beneficios incluidos para cada cubierta en las páginas electrónicas de las respectivas aseguradoras.

Ante las necesidades que se han identificado en las personas con diagnóstico positivo al VIH se incluyeron los siguientes subservicios:

▪ **Medicamentos al hogar:**

- Definición: Acarreo de medicamentos subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP al hogar del participante. Este acarreo se presenta por la farmacia como un costo adicional e independiente del medicamento
- Criterios (se debe cumplir con uno de los criterios):
 - ☐ Participante con problemas de movilidad o que esté encamado
 - ☐ Participante cuya residencia queda significativamente distante de la farmacia que le provee el medicamento
 - ☐ Participante con necesidad apremiante de recibir el medicamento, pero consecutivamente no ha recogido sus medicamentos
 - ☐ Participante sin medios de transportación disponibles (excepto el de la agencia) ni redes de apoyo
- Unidad de Servicio: Un envío de medicamentos al hogar se considera una unidad de servicio. Si hay varios medicamentos en un mismo envío (paquete), se considera una sola unidad de servicios.

▪ **Laboratorios al Hogar:**

- Definición: Servicios ofrecidos en el hogar del participante por el proveedor de servicios de laboratorio; incluye toma de muestras.
- Criterios (se debe cumplir con uno de los criterios):
 - ☐ Participante con problemas de movilidad o que esté encamado
 - ☐ Participante cuya residencia queda significativamente distante del laboratorio identificado
 - ☐ Participante sin medios de transportación disponibles (excepto el de la agencia), ni redes de apoyo
- Unidad de Servicio: Una visita al hogar por parte del personal contratado por un laboratorio se considera una unidad de servicio.

4. Asistencia Económica de Emergencia

El/la Manejador/a de Casos realizará una evaluación de la necesidad que presenta el/la participante, coordinará la prestación del servicio y referirá al proveedor utilizando la hoja de referido aprobada en el Programa.

Para la provisión de asistencias económicas de emergencia debe mediar un imprevisto o situación que el participante no pudo predecir o anticipar. Por tal razón, para la coordinación de las asistencias económicas de emergencia, el personal de manejo de caso deberá cumplimentar el **Formulario para Prestar Asistencias Económicas de Emergencia en Cumplimiento con la Política de Pagador de Último Recurso (Anejo T)** -En esta deben especificar la asistencia económica de emergencia solicitada, el costo, la justificación de la necesidad de asistencia económica de emergencia, si el/la participante ha recibido o no asistencias económicas de emergencia durante el año programa, la cantidad total en dólares de las asistencias económicas de emergencia recibidas por el/la participante durante el año programa, si aplica, y la decisión final sobre la prestación del servicio. Una vez cumplimentada, la certificación debe permanecer en el expediente de manejo de caso no clínico del/la participante.

Dentro del tope máximo de **\$1,200²** por año programa, por unidad familiar, se incluyen los siguientes servicios con sus respectivos topes de gasto y tiempo permitido, según establecidos en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP y la Guía de Redacción de Propuesta y Solicitud de Fondos vigente: pagos de agua, luz, renta (no fianza), gas, vale de alimentos, vale de emergencia, medicamentos, espejuelos y audífonos. Se especifica a continuación, información particular para algunas de las asistencias ofrecidas.

² El aumento en los topes de categoría de servicios para la asistencia económica de emergencia y sus respectivas subcategorías entrarán en vigor el 1 de abril de 2025.

a. Vale de Alimentos:

- i. El tope para vales de alimentos será de **\$200 para un total de dos (2) vales de al año**. En situaciones que así lo justifiquen, el vale de alimentos se podrá ofrecer como un complemento de la tarjeta del PAN (Programa de Asistencia Nutricional) en situaciones apremiantes que documenten esta necesidad.
- ii. Una tabla con los ejemplos de grupos de alimentos que se podrán cubrir con los fondos de Ryan White Parte B/ADAP se encuentran en **Anejo U**.

Además de los **dos vales de alimentos regular de \$200**, el Programa podrá subvencionar un vale de emergencia hasta un máximo de **\$150**, cuando el Gobierno oficialmente haya declarado estado de emergencia por desastre natural (ejemplo: huracán o terremoto) o evento que afecte la salud pública, como la pandemia causada por el COVID-19. En el caso de los Vales por Situaciones de Emergencia, los artículos a ser permitidos pueden variar dependiendo del tipo de evento o desastre que se esté atravesando; **en el Anejo V se presenta un ejemplo de artículos permitidos bajo situaciones de emergencia**. Asimismo, le incluimos la referencia de la Comisión de Alimentación y Nutrición de Puerto Rico del Departamento de Salud, la cual ha creado documentos de referencia para situaciones de emergencia: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/7683>

No es requisito utilizar los formatos incluidos en el **Anejo V** si ya la agencia cuenta con unos propios; pero sí deberá tener presente los artículos permitidos, no permitidos y aquellos que son permitidos en cantidades limitadas, considerando el tipo de vale a otorgar.

b. Medicamentos:

- i. Los medicamentos provistos bajo la categoría de servicios de Asistencia Económica de Emergencia son aquellos que no están cubiertos por el plan de salud del/la participante, el programa ADAP u otra fuente de pago. Estos medicamentos se ofrecen para atender la necesidad inmediata o apremiante del/la participante, por lo que estos servicios son de tipo *one shot* (un suplido) y no pueden ser provistos de forma recurrente o continua. Los medicamentos solicitados deben relacionarse con la condición de VIH.
- ii. En los casos en los que hay una necesidad apremiante del medicamento por parte del participante, y este entiende que su plan médico ni ADAP cubren el medicamento que puede ser solicitado por esta categoría, y se experimenta una demora en la respuesta a la solicitud de negativa o no cubierta por parte del plan médico o la aseguradora, será permitido como

evidencia que la farmacia haga una nota en la receta indicando que el plan médico del participante no cubre el medicamento porque hubo un rechazo en el sistema de farmacia.

5. Transportación Médica

Como parte de los servicios de Transportación Médica subvencionados, se establece explícitamente que los boletos de avión para residentes de Vieques y Culebra que así lo ameriten para asistir a sus citas para el cuidado de su salud, pueden ser subvencionados con fondos de la Parte B. Además, en caso de que sea necesario, se podrá coordinar transportación terrestre una vez el cliente llegue a la Isla Grande mediante vales o tarjetas específicas para el servicio de transportación. Todo el proceso antes mencionado deberá ser presentado al Programa Ryan White Parte B previo a ofrecer el servicio para su aprobación.

Dentro de esta categoría además se incluyen viajes de apoyo a los que se puede hacer referencia en el Protocolo de Transportación Médica vigente. De tener dudas con otros viajes que pudieran ser permitidos, la agencia podrá someter una Solicitud para Autorización de Servicios (Visto Bueno) al Programa para evaluación.

En el caso de los servicios de transportación para la entrega de medicamentos al hogar del participante en **situaciones de emergencia** que lo amerite, se deberá auscultar con el participante si autoriza al conductor a recoger sus medicamentos en la farmacia utilizando el **Anejo I** y entregarlos en su residencia. En la eventualidad de que el transportista no encuentre al participante al momento de hacer la entrega de los medicamentos, deberá comunicarlo a la agencia que coordinó el viaje y regresar lo antes posible los medicamentos a la farmacia que los despachó. Por tanto, el transportista no debe quedarse o permanecer con los medicamentos de un día para otro o por un periodo prolongado de tiempo.

En el caso de las personas con diagnóstico de VIH que son beneficiarias del Plan Vital se podrá ofrecer los servicios de transportación por medio de las agencias coordinadoras cuando se documente barreras de acceso al servicio; favor hacer referencia a la **Notificación de Aclaración de Política- AC-24-001 del Programa Ryan White Parte B/ADAP**. El componente de manejo de caso no clínico deberá utilizar el **Formulario para Documentación de Excepciones en la Prestación de Servicios de Transportación Médica a Beneficiarios del Plan Vital con Fondos Ryan White Parte B/ADAP (Anejo X)** para documentar las barreras al servicio.

6. Banco de Alimentos/Comidas a Domicilio

El servicio de comidas a domicilio podrá ofrecerse con un plan nutricional debidamente completado por un/a nutricionista o mediante certificación médica en la cual el médico especifique las comidas que debe o no debe ingerir el cliente según sus condiciones de salud. Además, se mantiene la unidad de servicio relacionada a los artículos de higiene personal y limpieza. Se hace la aclaración que las unidades en cuanto a esto podrán modificarse o crearse para responder a cómo cada agencia proyecte ofrecer estos productos, ya sea como un kit, productos individuales o vales, entre otros. Con respecto a la transportación provista por el proveedor de una agencia coordinadora para llevar alimentos al hogar, se ha creado como nueva el siguiente sub-servicio:

- Alimentos a Domicilio:
 - Definición: Entrega, por parte del proveedor de transportación médica de la agencia coordinadora, de alimentos sean estos enlatados, congelados o preparados al hogar del participante.
 - Criterios (se debe cumplir con uno de los criterios):
 - ☐ Participante con problemas de movilidad o que esté encamado
 - ☐ Participante sin medios de transportación disponibles (excepto el de la agencia), no redes de apoyo
 - ☐ Participante con necesidad apremiante de recibir los alimentos, pero consecutivamente ha faltado a sus citas para recogerlos.
 - Unidad de Servicio: Una entrega de alimentos al hogar por parte del proveedor de transportación médica de la agencia coordinadora se considera una unidad de servicio.

7. Vivienda Temporer

El personal de Manejo de Caso deberá asegurarse que la necesidad de los servicios de vivienda sea documentada para el propósito de cumplir con su cuidado médico. Para esto, mensualmente el personal de Manejo de Caso No Clínico de la agencia deberá coordinar con el personal de Manejo de Caso del centro u hogar que presta el servicio de vivienda temporera, para que se desarrolle el Plan de Vivienda Individualizado, el cual debe ser actualizado, como mínimo, mensualmente. Este formato está incluido en el **Anejo W** del presente documento.

El Programa limita el servicio de vivienda temporera a 90 días por año fiscal para el referido inicial. De requerirse el servicio de vivienda por un periodo adicional, podrá solicitarse mediante una Solicitud para Autorización de Servicio (Visto Bueno) a ser

sometida al Programa Ryan White Parte B/ADAP. Se recuerda que la agencia debe documentar los servicios de vivienda provistos, el número de participantes servidos, la duración de los servicios de vivienda otorgados, los tipos de vivienda provistos y los referidos realizados a servicios de vivienda.

III. MEJORAMIENTO DE CALIDAD

Como parte del rol del personal de manejo de caso no clínico en coordinar y apoyar los trabajos de los Comités de Calidad de la agencia, se espera que el Comité se reúna como mínimo una vez trimestralmente. Dicho Comité, por región, deberá tener representación de la Junta de Directores, proveedor de servicios y consumidor/a. Estas reuniones podrán realizarse por plataformas virtuales, siempre y cuando el/la consumidor/a domine las mismas y esto no sea una barrera para su participación. De lo contrario, se deberá integrar al consumidor/a que no esté familiarizado con estas plataformas mediante llamadas telefónicas de ser necesario. Es compulsorio que en toda reunión de Comité coordinada se convoque al personal de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH. Por otra parte, se espera que para cada reunión se presente una agenda, se redacte una minuta y preferiblemente se trabaje en una presentación visual (por ejemplo: *Power Point*) del contenido a compartir para facilitar la discusión de los temas presentados.

IV. FRECUENCIA PARA LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA MANEJO DE CASO NO CLÍNICO

En la tabla a continuación, se presenta un resumen de la frecuencia con la que deberán revisarse o actualizarse la documentación requerida para la prestación de los servicios subvencionados. Para el ver detalle relacionado a la prestación de los servicios, documentación de apoyo requerida e información a ser incluida en cada uno de los documentos, favor referirse a las secciones previas de la presente guía.

DOCUMENTO	FRECUENCIA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN
1. Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios de Ryan White Parte B.	Considerando las situaciones descritas previamente, para documentar la determinación inicial o confirmación de elegibilidad, se deberá actualizar, como mínimo, anualmente para participantes que puedan evidenciar la cubierta médica, ingresos y residencia; o semestralmente en el caso de participantes que completaron la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad del Programa Ryan White Parte B/ADAP.
2. Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White Parte B/ADAP	Semestralmente, a partir de la Autodeclaración inicial.

DOCUMENTO	FRECUENCIA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN
3. Plan de Cuidado Individualizado	Anualmente se desarrolla un Plan de Cuidado Individualizado y se actualiza al prestar los servicios, de identificarse necesidades nuevas o no contempladas anteriormente en el Plan, incluyendo el auscultar cambio en cubierta Platino o <i>Advantage</i> , de ser el caso.
4. Consentimiento a Intervención de Manejo de Casos y Contrato de Servicios	No es necesario actualizar el mismo anualmente. Deberá ser actualizado cuando el participante desee realizar cambios referentes a revocar o autorizar alguna acción o gestión contemplada en el formulario.
5. Consentimiento para Visitas y/o Llamadas	No es necesario actualizar el mismo anualmente. Deberá ser actualizado cada vez que el participante desee revocar su consentimiento a ser llamado o visitado o, si por el contrario, desea consentir tales gestiones.
6. Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento	No es necesario actualizar el mismo anualmente, excepto cuando haya una enmienda en la ley HIPAA que requiera de la revisión o actualización del contenido del Acuse de Notificación de Prácticas de Privacidad y Consentimiento.
7. Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida (PHI)	Este formulario deberá ser actualizado, como mínimo, anualmente, o en mayor frecuencia considerando los cambios en las divulgaciones autorizadas por el participante.
8. Relevé de Responsabilidad y Autorización Informada para el Uso de Datos Personales para Servicios que Requieran Trámites Electrónicos	Cuando aplique, para proveerle asistencia al participante en situaciones en las que comparte información de salud protegida (PHI) con un ente externo por medios electrónicos.
9. Consentimiento para Recogido de Medicamentos en Farmacia	Cuando aplique en situaciones de emergencia, para que el participante autorice al personal de manejo de caso no clínico o proveedor de transportación médica de la agencia coordinadora a recoger medicamento del participante a la farmacia y hacerle entrega del mismo al participante.
10. Bitácora de Divulgaciones de PHI	Cada vez que personal autorizado de la agencia coordinadora divulgue, por cualquier medio, información de salud protegida (PHI) del participante.
11. Registro de Copias de los Expedientes No Clínicos	Cada vez que el participante o su representante autorizado solicite copia del expediente no clínico.
12. Queja por Violación a la Privacidad de la Información Médica de la OCR	De surgir algún incidente relacionado a faltas a la privacidad, confidencialidad, uso o divulgación de PHI de los participantes, el personal de la agencia deberá facilitar al participante copia de este formulario.
13. Notas de Progreso	Todos los servicios subvencionados, así como todas las gestiones realizadas para la coordinación y prestación de

DOCUMENTO	FRECUENCIA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN
	estos, deberán documentarse a través de notas de progreso.
14. Hoja de Referido	Para la prestación de los servicios subvencionados deberá cumplimentarse la hoja de referido.
15. Solicitud para Autorización de Servicio (Visto Bueno)	Cuando aplique, para los servicios subvencionados cuya prestación implique exceder el tope de pago para una categoría o sub-servicio específico o una situación especial (particular) no contemplada en la descripción del servicio.
16. Informe de Transferencia o Cierre de Caso	Cuando aplique, para la transferencia o cierre de caso.
17. Plan de Cuidado para Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad	Cuando aplique, para los servicios incluidos en la categoría de CSHBC, este plan deberá ser revisado o actualizado, como mínimo, anualmente, a partir de la fecha de redacción del plan inicial o del último plan desarrollado. El plan se podrá revisar en mayor frecuencia a discreción del médico que evalúa el caso.
18. Certificación de Gestiones Realizadas para Prestar Asistencia Económica de Emergencia	Cuando aplique, en la eventualidad de otorgar asistencias económicas de emergencia.
19. Asistencia Económica de Emergencia para Vale de Alimentos	Cuando aplique, en la eventualidad de otorgar asistencias económicas de emergencia para vale de alimentos.
20. Asistencia Económica de Emergencia Vale para Situaciones de Emergencia	Cuando aplique, en la eventualidad de otorgar asistencias económicas de emergencia para vale por situaciones de emergencia por evento natural, desastre o evento que afecte la salud pública, como la pandemia causada por el COVID-19.
21. Plan Individualizado de Servicios y Vivienda	Cuando aplique, en la eventualidad de prestar servicios de vivienda temporera este plan debe ser actualizado mensualmente.
22. Plan Nutricional	El Plan Nutricional deberá ser revisado, como mínimo, anualmente o en mayor frecuencia a discreción del nutricionista/dietista.

VI. INSUMO Y EVALUACION DE LOS SERVICIOS

La evaluación continua de los servicios es un componente esencial para el Programa Ryan White Parte B/ADAP, ya que permite identificar áreas de mejora, adaptar las intervenciones a las necesidades reales de la población servida y fortalecer la calidad de los servicios ofrecidos. Para lograrlo, se promueve un enfoque basado en tres principios fundamentales:

a. Participación de las Personas con Diagnóstico Positivo al VIH que Reciben Servicios

Se fomenta la inclusión directa de las personas atendidas en los procesos de planificación, implementación y evaluación de los servicios. Este insumo es clave para desarrollar intervenciones más efectivas, personalizadas y centradas en las realidades y prioridades de quienes reciben los servicios. Para ello, se recomienda utilizar mecanismos como encuestas, grupos focales, entrevistas o buzones de sugerencias, asegurando que sus voces sean consideradas en la toma de decisiones. Por consiguiente, como parte de los servicios que se proveen en la agencia subreceptora se debe evaluar la satisfacción de los participantes, incluyendo el componente de manejo de caso no clínico.

b. Colaboración Interdisciplinaria

La evaluación de los servicios debe realizarse de forma colaborativa, integrando distintas disciplinas y sectores relacionados con el cuidado y apoyo de las personas con diagnóstico de VIH. Esta colaboración permite analizar los procesos existentes desde múltiples perspectivas, identificar brechas en la atención, y recomendar soluciones más integrales y sostenibles que respondan a las necesidades de las personas con diagnóstico positivo al VIH. Esta colaboración se fomenta de forma directa con los manejadores de caso (clínicos y no clínicos) y el participante en la identificación de sus necesidades y el desarrollo del plan de cuidado individualizado.

c. Retroalimentación Continua y Ajustes Dinámicos

Es fundamental establecer canales formales de comunicación que permitan a los participantes compartir información que redunde en identificar tendencias, retos recurrentes y oportunidades de mejora. Esta información debe utilizarse para considerar ajustes en los procesos, herramientas y enfoques utilizados en el manejo de caso no clínico.

ANEJOS

**Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico**

Programa: _____

Información Sociodemográfica				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Nombre de Preferencia	Seguro Social
Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) ____/____/____	Edad	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Vive con pareja ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Otro:	☐
Composición Familiar: Adultos: ____ Niños (menores de 21 años): ____		Información Contacto: Teléfono: _____ Teléfono alterno: _____ Correo electrónico: _____		
Comprobación de Identidad:		☐ Licencia de conducir ☐ Tarjeta electoral ☐ Certificado de nacimiento ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de Identificación (Dpto. Transportación y Obras Públicas) ☐ Otra identificación emitida por alguna entidad pública o privada bonafide		Número de Identificación:
Residencia en Puerto Rico				
Región de Salud: ☐ Arecibo ☐ Bayamón ☐ Caguas ☐ Fajardo ☐ Mayagüez ☐ Ponce ☐ San Juan				
Municipio: _____				
Dirección física: _____ _____	Dirección postal: _____ Dirección igual a la física		Evidencia de dirección: ☐ Factura de AAA ☐ Factura de AEE ☐ Otro: _____	
Comprobación Diagnóstica	Prueba con resultado positivo a VIH: ☐ Algoritmo de VIH última generación (aprobada por la FDA) ☐ Western Blot ☐ Laboratorio Carga viral de VIH y CD4 (que no excedan 6 meses) ☐ Certificación del Médico Tratante de VIH del Participante			
Elegibilidad Económica (Seleccionar una de las siguientes alternativas.)	☐ Determinación económica por MEDICAID: _____ ☐ Autodeclaración de ingresos en casos especiales para elegibilidad a corto plazo ☐ Evidencia de tarjeta vigente del Plan Vital validado en el portal de Medicaid Otros: ☐ Certificación del PAN/TANF ☐ Certificado de desempleo ☐ Sección 8/ Vivienda		Nivel de Pobreza Federal: ☐ ≤ de 100% ☐ 101-200% ☐ 201-300% ☐ 301- 400% ☐ ≥ de 401%	
Aseguramiento	☐ No posee plan médico ☐ Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico/ Fecha de vigencia: _____ ____ Cubierta especial de VIH ____ Evidencia de Trámite de Cubierta Especial ☐ Plan médico privado: _____/ Fecha de vigencia: _____ ____ Certificación de Cubierta (detalles cubierta de farmacia y/o pruebas especializadas) ☐ Medicare: ____ Parte A ____ Parte B ____ Parte D ____ Advantage ____ Platino Fecha de vigencia: _____			

Certifico que toda la información que he provisto en esta solicitud es verdadera y correcta, así como las evidencias sometidas. Si deliberadamente ofrezco alguna información falsa en esta solicitud, se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa Ryan White y podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.

Firma del Solicitante o Representante	Fecha (Mes/Día/Año)
Nombre del Representante Autorizado del Programa Ryan White o centro clínico	Firma del Representante Autorizado del Programa Ryan White o centro clínico



Yo, _____,
(Nombre del Asegurado/a)

_____ autorizo
_____ no autorizo

a _____ a divulgar la información protegida
(Nombre del Programa subvencionado por Ryan White)

necesaria para la coordinación de otros servicios auspiciados por Ryan White, mediante la agilización de los procesos de determinación de elegibilidad a fin de acceder los servicios esenciales de salud y apoyo de VIH. La descripción de la información a divulgarse está contenida en el Formulario Oficial de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico, así como los documentos que evidencian los criterios de elegibilidad, a saber: **Comprobación de identidad, Residencia en Puerto Rico, Comprobación diagnóstica, Elegibilidad económica y Aseguramiento**. La información protegida será custodiada por el centro clínico u organización en la que recibo servicios y completó y certificó el formulario. Además, formará parte de una base de datos electrónica dedicada a información de elegibilidad a los servicios de Ryan White: **Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico**. Esta base de datos, custodiada por el Programa Ryan White Parte B/ADAP del Departamento de Salud, es un sistema cerrado de usuarios autorizados que pueden acceder a la información de las personas con diagnóstico positivo al VIH que autoricen a compartir el formulario y la documentación requerida, según los criterios medulares de elegibilidad de los Programas Ryan White, con el fin de coordinar los servicios de tratamiento y apoyo.

A menos que revoque esta autorización anticipadamente, la misma caducará en un (1) año a partir de la fecha de mi firma. Para revocar esta autorización, debo entregar una petición por escrito al centro clínico u organización en la que recibo servicios subvencionados por los fondos Ryan White. De solicitar una revocación, la misma no aplicará a la información ya revelada debido a la firma de esta autorización.

Firma del Asegurado: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Instrucciones para Completar Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White

El Comité Interpartes Ryan White en Puerto Rico desarrolló este formulario con el propósito de facilitar la coordinación de servicios subvencionados para las personas con diagnóstico de VIH, que reciben servicios en cualquiera de las Partes de Ryan White. Para ello, el personal del centro clínico o agencia deberá evaluar y determinar la elegibilidad a Ryan White de la persona con diagnóstico de VIH que acuda a recibir servicios. Este documento se podrá completar al validar con los documentos requeridos cada criterio de elegibilidad para recibir los servicios. Una vez esta validación se realiza, el centro o agencia podrá tramitar o gestionar con este formulario, las coordinaciones de servicios adicionales que requiera la persona con cualquier otro programa subvencionado por Ryan White. A continuación, se ofrece una breve descripción para los encasillados que contiene el formulario.

Campo de Información	Definición																
Programa	En el encabezado del documento se provee un espacio para identificar el nombre del Programa, centro clínico o agencia de servicios, subvencionada por cualquiera de las Partes de la Ley Ryan White en Puerto Rico.																
Nombre	El nombre de la persona interesada en recibir servicios se escribirá siguiendo el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno.																
Nombre de Preferencia	Indicar el nombre de preferencia de la persona, en el caso que no quiera utilizar su nombre de nacimiento.																
Seguro Social	El número de Seguro Social se escribirá completo con guiones: XXX-XX-XXXX. De no tener seguro social favor indicar 0.																
Fecha de Nacimiento	La fecha de nacimiento se escribirá numérica en el siguiente formato: mes/ día/año.																
Edad	Se escribirá la edad actual del participante.																
Sexo	La persona identificará el sexo con el que se identifica y acorde a ello se hará la selección de la alternativa que corresponda.																
Estado Civil	En este encasillado se seleccionará la alternativa que mejor represente el estado civil de la persona. Si ninguna de las alternativas disponibles describe el estado civil de la persona, se podrá especificar la que corresponda en el espacio provisto en Otro.																
Composición Familiar	La persona informará la cantidad de adultos y menores que residen en su hogar. Se considerará un niño o menor el que tenga entre 0 a 20 años.																
Información Contacto	En este encasillado se escribirá el teléfono principal de la persona. Además, se le solicitará un número de teléfono alternativo en caso de que el principal no estuviera disponible. De la persona tener un correo electrónico, se escribirá el mismo en el espacio correspondiente.																
Comprobación de identidad	En este encasillado se seleccionará la evidencia utilizada para validar que la persona es quien dice ser. Además, se escribirá el número de identificación de la evidencia utilizada.																
Residencia en Puerto Rico	Se seleccionará la región geográfica donde reside la persona y se especificará el nombre del municipio de residencia. Para conocer cuáles municipios corresponden a cada región geográfica se puede hacer referencia a la siguiente tabla: <table border="1"> <thead> <tr> <th>REGIÓN</th><th>MUNICIPIOS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arecibo</td><td>Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja</td></tr> <tr> <td>Bayamón</td><td>Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerio, Corozal, Dorado, Naranjito, Toa Alta, Toa Baja, Orocovis y Vega Alta</td></tr> <tr> <td>Caguas</td><td>Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa</td></tr> <tr> <td>Fajardo</td><td>Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande y Vieques</td></tr> <tr> <td>Mayagüez</td><td>Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián</td></tr> <tr> <td>San Juan</td><td>Guaynabo, San Juan, Canóvanas, Loíza, Carolina y Trujillo Alto</td></tr> <tr> <td>Ponce</td><td>Adjuntas, Guánica, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Jayuya, Yauco, Arroyo, Coamo, Guayama, Juana Díaz, Patillas, Salinas, Santa Isabel y Villalba</td></tr> </tbody> </table>	REGIÓN	MUNICIPIOS	Arecibo	Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja	Bayamón	Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerio, Corozal, Dorado, Naranjito, Toa Alta, Toa Baja, Orocovis y Vega Alta	Caguas	Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa	Fajardo	Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande y Vieques	Mayagüez	Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián	San Juan	Guaynabo, San Juan, Canóvanas, Loíza, Carolina y Trujillo Alto	Ponce	Adjuntas, Guánica, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Jayuya, Yauco, Arroyo, Coamo, Guayama, Juana Díaz, Patillas, Salinas, Santa Isabel y Villalba
REGIÓN	MUNICIPIOS																
Arecibo	Arecibo, Barceloneta, Camuy, Ciales, Florida, Hatillo, Lares, Manatí, Morovis, Quebradillas, Utuado y Vega Baja																
Bayamón	Barranquitas, Bayamón, Cataño, Comerio, Corozal, Dorado, Naranjito, Toa Alta, Toa Baja, Orocovis y Vega Alta																
Caguas	Aguas Buenas, Aibonito, Caguas, Cayey, Cidra, Gurabo, Humacao, Juncos, Las Piedras, Maunabo, Naguabo, San Lorenzo y Yabucoa																
Fajardo	Ceiba, Culebra, Fajardo, Luquillo, Río Grande y Vieques																
Mayagüez	Aguada, Aguadilla, Añasco, Cabo Rojo, Hormigueros, Isabela, Lajas, Las Marías, Maricao, Mayagüez, Moca, Rincón, Sabana Grande, San Germán y San Sebastián																
San Juan	Guaynabo, San Juan, Canóvanas, Loíza, Carolina y Trujillo Alto																
Ponce	Adjuntas, Guánica, Guayanilla, Peñuelas, Ponce, Jayuya, Yauco, Arroyo, Coamo, Guayama, Juana Díaz, Patillas, Salinas, Santa Isabel y Villalba																
Dirección física	Se escribirá la dirección donde reside la persona.																
Dirección postal	Se escribirá la dirección donde la persona recibe su correspondencia de esta ser distinta a la física. De ser la misma puede marcar donde lee <i>Dirección igual a la física</i> .																

Evidencia de dirección	Se seleccionará la evidencia que se utilizó para validar la dirección de la persona. De la alternativa que le aplica no estar entre las disponibles, la podrá especificar en el espacio provisto en Otro.
Comprobación Diagnóstica	En este encasillado se seleccionará la documentación presentada que evidencia que la persona tiene un diagnóstico de VIH.
Elegibilidad Económica	Reconociendo que existe una variedad en cómo los diferentes Programas de Ryan White validan el criterio económico, se describen las escalas utilizadas en la Ley Ryan White y se presentan varias alternativas, de las cuales debe seleccionar una. Una vez realizada esta selección y dependiendo del nivel de pobreza que se encuentre la persona por su ingreso, se debe seleccionar la opción correspondiente del recuadro titulado Nivel de Pobreza Federal. 1) Medicaid informado en el documento provisto por la Oficina de Medicaid titulado <i>Notificación de Decisión-Solicitud de Beneficios Médicos</i>, debe seleccionar esta alternativa y escribir en el espacio provisto el Ingreso Medicaid informado en dicha Notificación. 2) Si por situaciones especiales o de emergencia la persona no puede proveer la evidencia requerida para determinar la elegibilidad económica, se podrá utilizar la autodeclaración de ingresos. 3) Si la persona presenta evidencia del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Plan Vital) se podrá validar la vigencia de la cubierta utilizando el portal electrónico del Medicaid. Puede acceder a la siguiente dirección: https://www.medicaid.pr.gov/, bajo la sección Verificar mi Elegibilidad. De utilizar esta alternativa, podrá marcar la opción de ≤100% en el recuadro del nivel de pobreza federal. 4) Dependiendo de otras evidencias que el Programa solicite para determinar elegibilidad económica podrá seleccionar las que correspondan de las descritas en Otros.
Aseguramiento	Reconociendo que existe una variedad en el tipo de cobertura médica que una persona pueda tener, se podrá seleccionar entre las siguientes alternativas: 1) La persona no posee ningún plan médico. 2) La persona posee el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (VITAL). Se debe especificar la fecha de vigencia y si ya cuenta con la cubierta especial. De esta última estar en proceso y la persona tener evidencia del trámite, se puede marcar la alternativa de que tiene la evidencia de trámite de la cubierta especial. 3) La persona posee un plan médico privado o comercial. Se debe especificar la fecha de vigencia y marcar si presentó una certificación de cubierta para conocer los detalles de la cubierta de farmacia y/o pruebas especializadas. 4) La persona posee un plan Medicare en cualquiera de sus variantes de cubierta, a saber: Parte A, Parte B, Parte D, <i>Advantage</i> o Platino. Se debe especificar la fecha de vigencia.
Firma del Solicitante o Representante	Firma del solicitante luego de que el documento esté debidamente completado y haya leído el último párrafo del formulario que comienza con <i>Certifico que toda la información...</i>
Fecha	Escribir la fecha numérica en que firma el documento la cual deberá seguir el siguiente orden: mes/día/año
Nombre del Representante Autorizado del Programa Ryan White o centro clínico	Escribir el nombre, en letra de molde, del personal del Programa Ryan White que recibió, revisó las evidencias y completó el presente formulario.
Firma del Representante Autorizado del Programa Ryan White o centro clínico	Firma del personal del Programa Ryan White que recibió, revisó las evidencias y completó el presente formulario.

AUTODECLARACIÓN DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

	Apellidos	Nombre	Inicial
	Fecha De Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Seguro Social
INGRESOS	Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: (<i>favor <u>iniciar</u> la opción que le aplique</i>) ☐ Trabajo a tiempo parcial o completo en: _____ Ocupación o trabajo realizado: _____ Salario mensual promedio: \$ _____ ☐ Yo o un adulto en mi unidad familiar recibe dinero de un trabajo por cuenta propia del cual no existe talonario Ocupación o trabajo realizado: _____ Salario mensual promedio: \$ _____ ☐ Recibo ayuda económica o dinero de otro individuo Descripción: _____ Cantidad promedio: \$ _____ ☐ Recibo ayuda económica o dinero de alguna otra fuente para mi sustento Identifique la fuente de la asistencia: _____ Cantidad promedio: \$ _____		
	Cumpló con el requisito de ser residente permanente de alguno de los 78 municipios de Puerto Rico de la siguiente manera: (<i>favor <u>iniciar</u> la opción que le aplique</i>) ☐ Tengo una casa/apartamento de mi propiedad Dirección: _____ ☐ Tengo una propiedad alquilada Nombre de quien le alquila la propiedad: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ ☐ Yo vivo con un familiar o amigo Nombre de la persona con quien vive: _____ Dirección: _____ ☐ Me encuentro viviendo en un refugio, albergue, hogar o vivienda transitoria. Nombre de la Institución: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ ☐ Me encuentro sin hogar		
	Cumpló con el requisito de aseguramiento médico de la siguiente manera: (<i>favor <u>iniciar</u></i>) ☐ No poseo ninguna cubierta de seguro médico (Privado o PSGPR) para tratar u obtener los medicamentos, pruebas especializadas y/o servicios para mi condición. ☐ Poseo una cubierta de seguro médico con: PSGPR (Vital) / Aseguradora: _____ MPI _____ Cubierta Especial de VIH: Si ☐ No ☐ Aseguradora Privada: _____ Numero de Contrato: _____ Fecha de vencimiento: _____		

Yo, _____, certifico que toda la información que he provisto en esta autodeclaración es verdadera y correcta. Si deliberadamente doy alguna información falsa en esta autodeclaración se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa y el Departamento de Salud de PR podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes. Esta certificación tendrá una vigencia de 90 días transcurridos desde la fecha en que fue firmada.

Firma del Paciente

Fecha (mm/dd/aaaa)

Yo, _____, Manejador(a) de Caso de (Centro Clínico o Agencia Coordinadora) _____ certifico que toda la información provista en esta autodeclaración es verdadera y correcta según el mejor conocimiento del paciente. Que el paciente fue debidamente orientado sobre las consecuencias de ofrecer información falsa en esta autodeclaración. Que el Programa y el Departamento de Salud podrá iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes y se podrá exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa si se identifica que el centro clínico tenía conocimiento de información falsa en esta autodeclaración.

Firma del Manejador(a) de Caso

Fecha (mm/dd/aaaa)

CONSENTIMIENTO A INTERVENCIÓN DE MANEJO DE CASOS Y CONTRATO DE SERVICIOS

1. Yo, _____ número de expediente _____,
() consiento () no consiento la intervención del personal de Manejo de Casos de _____ como parte de los servicios que ofrece el Programa Ryan White Parte B/ADAP.
2. **Autorizo/ No Autorizo** a usar la información socio demográfica y de salud contenida en el expediente para lo siguiente:
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Brindar y referir servicios de salud y apoyo necesarios para mejorar mi condición de salud |
| ☐ | ☐ | Gestionar servicios a mi nombre |
| ☐ | ☐ | Discutir casos en grupo de profesionales |
3. Es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo revocar esta autorización mediante comunicación escrita. Entiendo que rehusar a recibir los servicios de manejo de caso puede interferir y/o impedir la coordinación y prestación de servicios de salud y de apoyo que requieran de tal autorización, y que de autorizar podré beneficiarme de los servicios ofrecidos por esta organización.
4. He sido informado que la ley permite que mi información de salud de salud protegida sea divulgada: para mi tratamiento, pago, operación de negocio y/o por requisitos de ley.
5. He sido notificado que la información contenida en el expediente puede ser compartida con el personal autorizado de _____, el personal médico y de manejo de caso del **Centro Clínico de _____**, el personal autorizado del Departamento de Salud de Puerto Rico, de las agencias subcontratadas para la prestación de servicios de salud y de apoyo, de las firmas de auditoría interna y externa concernientes, y de otras entidades o agencias gubernamentales según lo dispuesto en la ley.
6. Certifico haber recibido información de **la Ley #194** sobre los derechos y responsabilidades del paciente y **Ley # 248** del 1 de diciembre de 2018, Carta de Derechos de las Personas Viviendo con VIH en Cualquiera de sus Etapas en Puerto Rico.
7. En caso de cierre o cese de prestación de servicios de la organización se me notificará con un mes de antelación y se me brindará la oportunidad de obtener copia de mi expediente, mediante solicitud por escrito. A discreción de la organización, se podrá cobrar por el servicio de fotocopiar la documentación contenida en el expediente.
8. **Me comprometo a:**
- **Observar siempre un comportamiento respetuoso y considerado hacia el personal de _____ y hacia los/as otros(as) participantes**
 - **Ser puntual con mis citas**
 - **Llamar para excusarme y reprogramar las citas cuando no pueda asistir a las mismas**

Firma del/la participante

Fecha (día/mes/año)

Firma del/la Manejador/a de Casos

Fecha (día/mes/año)

CONSENTIMIENTO PARA VISITAS AL HOGAR Y LLAMADAS

Yo _____, edad ____, autorizo al personal de la Agencia Coordinadora _____, localizada en _____ a contactarme para conocer si comencé, estoy o discontinué mi tratamiento médico para el VIH. Este servicio de contacto es para ayudarme en el manejo de situaciones relacionadas a la condición, superarlas; dar seguimiento o reconectar a los/las pacientes a su tratamiento y así continuar viviendo de forma saludable y con una mejor calidad de vida. Reconozco que este servicio es completamente **VOLUNTARIO** y estrictamente **CONFIDENCIAL**. Además, reconozco que el mismo podrá ser revocado en cualquier momento por escrito.

QUÉ SIGNIFICA EL NO COMENZAR O EL DESCONTINUAR MI TRATAMIENTO DE VIH:

- ✓ Tener una prueba rápida para el VIH positiva preliminar y no haberme presentado a cita médica para una prueba confirmatoria de mi diagnóstico final y comenzar tratamiento.
- ✓ No haberme presentado para una visita médica luego de conocer el resultado de la prueba confirmatoria.
- ✓ Haber faltado a las citas médicas del Centro Clínico _____ por más de 6 meses.
- ✓ No realizarme laboratorios para el manejo de la condición de VIH en los últimos 3 meses (Carga viral, CD4)
- ✓ No haber cumplido en el recogido e ingesta de los medicamentos para la condición de VIH, según las instrucciones del médico.
- ✓ No haber notificado al personal de la Clínica sobre cambios de lugar de tratamiento, traslado, mudanza dentro y fuera de Puerto Rico.

Favor de marcar todas las alternativas en que usted desearía que le contactemos. **El personal de la Clínica no ofrecerá información confidencial ni se identificará con el nombre de la Clínica cuando realice la llamada.**

Para fines de identificación, el personal validará su nombre completo, últimos cuatro dígitos de su Seguro Social, su dirección y su fecha de nacimiento. Estas formas de identificación serán utilizadas antes de que el personal ofrezca información sobre el motivo de la llamada. Al visitar o llamar, se considerará que familiares podrían no conocer de la condición del paciente; no se dará información a personas no autorizadas.

Consentimiento para llamadas telefónicas			
☐	No	No consiento a llamadas telefónicas	
☐	Sí	Consiento a llamadas telefónicas:	
		☐	Se puede dejar mensaje sólo con el nombre del empleado (sin incluir el nombre de la Clínica)
		☐	Se puede dejar mensaje con el nombre del empleado y número de teléfono de la Clínica (sin incluir el nombre de la Clínica)
		☐	No se puede dejar mensajes
Teléfono del paciente: _____		Celular del Paciente: _____	
Contactos: _____			
	Nombre	Relación	# de Teléfono
	Nombre	Relación	# de Teléfono

Consentimiento para visitas al hogar	
☐ No	No consiento a visitas en el hogar
☐ Sí	Consiento a ser referido a los servicios provistos por el subreceptante de servicios (agencias coordinadoras) para ser visitado y/o contactado si no asisto a las citas programadas con la agencia. ☐ Se puede dejar notificación escrita de la visita sólo con el nombre del empleado (sin escribir el nombre de la agencia coordinadora) ☐ Se puede dejar notificación escrita de la visita con el nombre del empleado y número de teléfono de la agencia coordinadora (sin escribir el nombre de la agencia coordinadora) ☐ No se puede dejar notificación Dirección física: _____ Dirección postal: _____

Certifico que he recibido orientación sobre la importancia de mantenerme adherente al tratamiento médico para mi bienestar de salud. Además, se me ha explicado el servicio que me ofrece la agencia coordinadora para apoyarme a continuar con mi plan de cuidado clínico y de apoyo.

Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo y protegido por leyes y reglamentos estatales y federales respecto a la divulgación de mi información personal de salud (42 CFR Parte 2 y Regulaciones de Privacidad Federal HIPAA). Estoy consciente que el Departamento de Salud, las Agencias Coordinadoras contratadas por este y las Clínicas que ofrecen tratamiento de VIH están obligadas a cumplir con dichas leyes y reglamentos respecto a la divulgación de mi información privilegiada de servicios de salud.

Nombre y Apellido del Profesional que Orienta

Firma del Profesional que Orienta

ACUSE DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO

La ley federal “Health Insurance Portability and Accountability Act” (HIPAA) requiere que se le notifique las prácticas de privacidad y confidencialidad de la institución y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su autorización (*consentimiento* de acuerdo a HIPAA) para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra organización.

Para cumplir con las disposiciones de ley, nuestra entidad le ha notificado el **Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de** _____ y le solicita que firme este Acuse como evidencia de la notificación de dicho Aviso y su autorización para usar y divulgar su información de salud para efectos de tratamiento, pago y otras operaciones de salud. También autoriza a que la organización, su fuerza trabajadora (que incluye a los empleados, personal voluntario, etc.) y sus asociados de negocio, utilicen y divulguen su información de salud protegida para tratamiento, pago, transacciones y operaciones de salud.

Al firmarlo usted reconoce haber sido notificado sobre nuestras *Prácticas de Privacidad* y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en el Aviso. Reviselo detenidamente, fírmelo y anote la fecha donde se indica.

Por favor, recuerde que la organización se ha reservado el derecho de revisar, cambiar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en el Aviso en cualquier momento. De usted interesar la última versión del Aviso, favor de comunicarse con el Oficial de Privacidad a los teléfonos que aparecen en esta forma.

Yo, _____, certifico que he leído las disposiciones del “**Aviso Sobre Prácticas de Privacidad de** _____”, lo entiendo, y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo y además consiento y autorizo el uso y divulgación de mi información de salud para tratamiento, pago y otras transacciones y operaciones para el cuidado de mi salud según definidos en ley.

Nombre del/la Participante (en letra de molde)

Número de Récord

Firma o Marca del/la Participante

Fecha (día/mes/año)

Nombre del/la Representante Autorizado (si aplica)

Firma del/la Representante (si aplica)

Relación con el/la Participante

Fecha (día/mes/año)

Para Uso Oficial Solamente

Luego de realizar esfuerzos razonables para obtener el Acuse de Recibo de Prácticas de Privacidad y Consentimiento, no fué posible debido a:

- ☐ Participante se negó a firmar el Acuse
- ☐ Barrera de comunicación
- ☐ Otro (especifique): _____

Nombre del/la representante de la agencia
(en letra de molde):

Firma del/la representante de la agencia:

Fecha (día/mes/año):

Norma para la Solicitud/Autorización de Divulgación de Información de Salud		
TITULO: Solicitud / Autorización de Divulgación de Información de Salud		
Fecha Efectividad: 5 diciembre de 2023	Fecha de Revisión.: 25 septiembre de 2023	Página 1 de 2

NORMA:

Procedimiento para cumplir con la Solicitud / Autorización de Divulgación de Información de Salud.

PROPÓSITO:

1. Establecer un procedimiento uniforme para la Solicitud / Autorización de Divulgación de Información de Salud de los participantes del Programa Ryan White Parte B/ADAP que cumpla con los requisitos establecidos.
2. Proveer un formulario que permita la Solicitud / Autorización de Divulgación de Información de Salud destinado al archivo del expediente del participante.

PERSONA(S) RESPONSABLE(S):

- Departamento de Manejo de Información de Salud (si aplica)
- Personal autorizado

PROCEDIMIENTO:

1. El Departamento de Manejo de Información de Salud o Personal autorizado de la agencia coordinadora proveerá el Formulario de Solicitud/ Autorización de Divulgación de Información de Salud a todo participante que solicite copia de su expediente.
2. Una vez el Formulario sea completado, se le solicitará una identificación al participante para validar su identidad.
3. Si el participante o su representante legal no es el solicitante, la persona que hace la solicitud deberá entregar una autorización escrita y firmada por el participante o su representante legal con una identificación con foto del participante o su representante al momento de solicitar la información.
4. Con la autorización completada se procederá a sacar copia de acuerdo con lo solicitado.
5. Al momento de divulgar la información del participante se solicitará una identificación del solicitante y se completará la parte final del Formulario donde certificará que recibió la información solicitada.
6. El Formulario debe ser archivado en el expediente del participante como evidencia.
7. En caso de que una Agencia Gubernamental solicite información de salud de algún participante, el documento de Solicitud y Autorización de Divulgación de Información de Salud no se completará y se utilizará la carta de solicitud oficial y se archivará en el expediente.
8. Se completará el registro de divulgación de información de salud donde se colocará: número del expediente, nombre del participante, fecha de la solicitud y fecha de la divulgación.

RELEVO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN INFORMADA PARA EL USO DE DATOS PERSONALES PARA SERVICIOS QUE REQUIERAN TRÁMITES ELECTRÓNICOS

Yo _____ (nombre del participante) _____, identificado mediante _____ (ID y número) _____, **autorizo** al personal de la agencia coordinadora _____ a utilizar mis datos personales para tramitar el servicio de _____, el cual será gestionado mediante medios electrónicos o páginas electrónicas. Comprendo que el personal de la agencia coordinadora, compartirá solo la información requerida para realizar la solicitud o gestión solicitada y que implementarán las medidas a su alcance para salvaguardar mis datos personales. No obstante, reconozco que mi información se registrará en la tabla de documentar accesos contenida en este documento y que será compartida con un ente externo a esta agencia. Entiendo que, en el intercambio de información por medios electrónicos, pueden ocurrir brechas de información que están fuera del control de esta agencia y que pueden poner en riesgo de divulgación mi información personal. Por tanto, **relevo** de toda responsabilidad a la agencia coordinadora y al Departamento de Salud por brechas o divulgaciones no autorizadas de mi información personal que pudiesen surgir como resultado de la asistencia y ayuda que se me brinda mientras se maneja mi información personal por medios electrónicos con un ente externo (terceros).

Para que así conste, firmo este relevo de responsabilidad y autorizo informadamente el uso de mis datos personales.

Agencia	Número de Cuenta	Correo Electrónico	Usuario	Contraseña

Firma del participante o su representante legal

Fecha(día/mes/año)

Representante de la Agencia Coordinadora

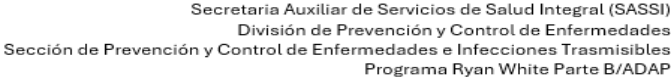
NOMBRE DE LA AGENCIA COORDINADORA
REGIÓN DE SALUD DE _____
Tel. (787) _____

Consentimiento para Recogido de Medicamentos en Farmacia

Yo _____, con número de expediente
_____, autorizo a _____ de _____ (*nombre de
organización*) _____ a recoger mis medicamentos en _____ (*nombre
de farmacia*) _____. Ello con el fin de que los mismos me puedan ser llevados
a _____ (*lugar de entrega*).

Firma: _____

Fecha: _____



Número de Expediente: _____

[illegible]

Leyenda

Fecha de la Divulgación	Fecha en que divulgamos el PHI
Nombre del/la Solicitante	Nombre de la persona o entidad que solicitó que se le divulgara el PHI
Tipo y número de ID del/la Solicitante	Tipo y número de identificación de la persona o entidad que solicitó que se le divulgara el PHI
Propósito de la Divulgación	Breve descripción de la divulgación para informar al(la) participante del objetivo de la misma
PHI Divulgado	Una breve descripción de la información divulgada
Nombre de la Persona que Divulga el PHI	Nombre del empleado que lleva a cabo la divulgación

Divulgaciones Que NO Tienen Que Contabilizarse

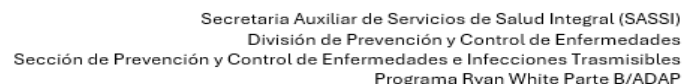
1. Tratamiento, pago u operaciones
2. Al paciente mismo
3. Autorizadas por el paciente
4. Las incidentales
5. Las que se hacen como parte de un conjunto de información de salud parcialmente de identificada.
6. Las hechas para, o como parte, del directorio institucional
7. Las hechas a las personas a cargo del cuidado del paciente (familia)
8. Las hechas para propósito de seguridad nacional
9. Las hechas relacionadas con la protección del Presidente o para efectos de una aprobación de Seguridad
10. Hechas a instituciones correccionales si el paciente está bajo custodia
11. Las que NO requieren su autorización (refiérase al “Aviso Sobre Prácticas de Privacidad”)

Divulgaciones Que Tienen Que Contabilizarse

1. Hechas para propósitos de salud pública. (Ej. Registros de enfermedades transmisibles)
2. Informe de nacimientos o muertes
3. A oficiales del orden público en caso de emergencias cuando se sospecha la comisión de un delito
4. A oficiales del orden público en relación a delitos cometidos en las premisas de la entidad
5. Para donaciones de órganos, corneas o tejidos
6. Para procedimientos judiciales y administrativos
7. Para investigaciones que tienen un relevo del IRB o Junta de Privacidad (PB)
8. A las autoridades militares
9. Para propósitos de compensación por accidentes de automóviles
10. De entidades cubiertas a instituciones correccionales
11. De los fallecidos a los patólogos forenses y directores de pompas fúnebres
12. Para actividades de salud pública
13. Acerca de víctimas de abuso
14. Al FDA - eventos adversos
15. Al FDA - deficiencias en productos, etc.
16. Al FDA - para seguimiento luego del mercadeo del producto
17. A una persona que se haya expuesto a una enfermedad infecto contagiosa
18. A agencias reguladoras para:
 - a. Auditorias
 - b. investigaciones civiles y criminales
 - c. inspecciones
 - d. licencias, o
 - e. acciones disciplinarias

19. En respuesta a una orden judicial
20. En respuesta a un subpoena o requerimiento de descubrimiento de prueba
21. Según requiera la ley en caso de informes sobre heridos en accidentes o actos delictivos
22. Divulgaciones ilegales o no autorizadas de las que se tenga conocimiento

En relación al abuso y abandono de menores- *(Nota: De acuerdo a la ley de Puerto Rico la información sobre abuso o abandono de menores debe mantenerse confidencial en determinadas situaciones. En dichos casos la información no puede incluirse en la forma de divulgación cuando lo requiere*



REGISTRO DE COPIAS DE LOS EXPEDIENTES NO CLÍNICOS

Número de Expediente: _____

[illegible]

Nombre del Consorcio o Agencia Coordinadora
Dirección Física y/o Postal
Número/s de Teléfono
Programa Ryan White Parte B/ADAP

PLAN DE CUIDADO INDIVIDUALIZADO

Nombre de participante: _____

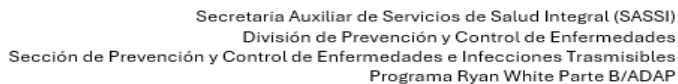
Número de identificación o expediente: _____

Fecha de determinación o confirmación de elegibilidad (d/m/año): _____

Instrucciones: El/la participante deberá colaborar en la redacción de su Plan de Cuidado, comprometiéndose a realizar las actividades necesarias para, junto al equipo de la agencia coordinadora, poder alcanzar los objetivos establecidos en el plan. El/la participante deberá, además, comprometerse a informar al personal de MCNC sobre cualquier circunstancia que afecte el poder cumplir con su plan de cuidado y sobre cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad para recibir los servicios de RWPB. De la agencia no haber provisto algún servicio, se deberá especificar en las notas de progreso las razones para no prestar el servicio. En el caso de **participantes con cubierta Advantage o Platino**, deberá identificar el tipo de cubierta (*Advantage* o Platino) y si hubo cambios o no en cubierta (C=Cambio y NC=No Cambio). Del participante no tener estas cubiertas marque N/A.

FECHA DE REVISIÓN (d/m/año)	PLANES <i>ADVANTAGE</i> O PLATINO*	NECESIDADES IDENTIFICADAS	SERVICIOS (Especifique servicio, cantidad y tiempo durante el cual se proveerá el servicio)	RESULTADO (P=Provisto, EP= En proceso y NP=No Provisto)	COMENTARIOS	INICIALES DE MCNC
	Tipo de Cubierta: ___ <i>Advantage</i> ___ Platino ___ N/A					
	☐ C ☐ NC			☐ P ☐ EP ☐ NP		
	☐ C ☐ NC			☐ P ☐ EP ☐ NP		
	☐ C ☐ NC			☐ P ☐ EP ☐ NP		
	☐ C ☐ NC			☐ P ☐ EP ☐ NP		
	☐ C ☐ NC			☐ P ☐ EP ☐ NP		
	☐ C ☐ NC			☐ P ☐ EP ☐ NP		
	☐ C ☐ NC			☐ P ☐ EP ☐ NP		

*Nota: De haber cambio, solicite la evidencia



TELÉFONO

[illegible]

Nombre de la Agencia coordinadora
Número de Teléfono de la Agencia coordinadora

HOJA DE REFERIDO

Nombre del Participante: _____
Núm. de Record o ID.: _____
Plan(es) Médico(s): _____
Proveedor de Servicios: _____
Razón del Referido: _____

Número de Referido: _____
Fecha del Referido: _____
(mes/día/año)

Certificamos que al prestar el servicio aquí referido se realizaron las gestiones requeridas para cumplir con la Política de Pagador de Último Recurso aplicable a los recipientes de fondos Ryan White Parte B.

Firma del(la) Manejador(a) de Casos No Clínico

Firma del(la) Coordinador(a) de Servicios

Certifico que he solicitado los servicios antes mencionados y que soy elegible para recibir los mismos. Que cualquier información falsa constituye fraude, y como consecuencia, he de devolver a la agencia coordinadora el importe de los servicios que me han sido prestados.

Firma del(la) Participante

Fecha (mes/día/año)

Para ser cumplimentado en la Agencia Proveedora de Servicios
Esto no es una Factura

Descripción del servicio provisto: _____

Costo del servicio provisto: \$ _____

Certifico que he brindado el servicio antes mencionado:

Firma del proveedor o su representante

Fecha de servicio provisto (mes/día/año)

1. Este documento debe ser entregado en la agencia coordinadora luego de recibir el servicio
2. El Referido será válido por un mes para un sólo servicio
3. La información antes mencionada es estrictamente confidencial
4. De no estar conforme con el servicio recibido, favor comunicarse al Programa Ryan White Parte B/ADAP a través de calidadrwb@gmail.com o al (787)765-2929 ext. 5103

SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE SERVICIO

I. INFORMACIÓN DE LA AGENCIA COORDINADORA

Agencia Coordinadora: _____ Fecha (d/m/a) _____

Persona Contacto/Puesto: _____

II. INFORMACIÓN DEL/LA PARTICIPANTE

Núm. Seguro Social: XX-XX- _____ SEGURO(s) Médico(s): _____ Núm. Récord/PIN: _____

III. RESUMEN DEL CASO

Servicio: _____ Costo: _____ Proveedor: _____

Resumen/Justificación para Recibir el servicio:

Gestiones Realizadas para Ofrecer el Servicio:

Al someter este Visto Bueno certifico que he revisado todos los documentos sometidos por el participante respecto a los criterios de elegibilidad y que el mismo cumple con todos según requerido.

Hago constar esto con mis iniciales: _____

PARA USO OFICIAL DEL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP

☐ Aprobado ☐ Aprobado Parcial ☐ No Aprobado

Observaciones/Comentarios:

Persona que Evalúa el Caso: _____
Firma

Fecha (d/m/a): _____

Visto Bueno del/La Director(a): _____
Firma

Fecha (d/m/a): _____

Nota de confidencialidad: Esta transmisión incluye información privilegiada y confidencial de salud para uso exclusivo de los destinatarios. La misma ha sido transmitida luego de haberse recibido la autorización del/la participante o bajo circunstancias que no requieren su autorización. El divulgar esta información a terceros sin autorización adicional del/la participante o de acuerdo con lo que permite la ley está totalmente prohibido bajo las leyes federales y estatales. Si usted no es uno de los recipientes designados, deberá notificar que usted recibió la comunicación por error. Cualquier revisión, revelación, diseminación o copia de esta comunicación o sus contenidos está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, favor notificar inmediatamente al Departamento de Salud de Puerto Rico, Programa Ryan White Parte B/ADAP al teléfono (787)765-2929 ext. 5103, 5130 o 5131 y destruir todas las copias de esta comunicación y de los documentos adjuntos.

NOMBRE DE LA AGENCIA COORDINADORA
Dirección Postal
Teléfono

INFORME DE TRANSFERENCIA O CIERRE DE CASO

Nombre del programa: _____

Nombre del/la participante: _____ Núm. Expediente: _____

Fecha de inicio de servicios en la agencia: _____ Fecha del informe: _____
(día/mes/año) (día/mes/año)

RAZÓN DE TRANSFERENCIA O CIERRE:

___ Transferencia a otra agencia ___ Mudanza fuera de PR ___ Fallecido

___ Participante está fuera de servicio/tratamiento por más de seis meses

___ Participante no desea continuar recibiendo servicios

___ Otro (especifique): _____

RESUMEN DE LOS SERVICIOS PROVISTOS:

COMENTARIOS:

Firma del/la Manejador/a de Caso

Fecha (día/mes/año)

Firma del/la Coordinador(a) de Servicios

Fecha (día/mes/año)

Nombre de la Agencia Coordinadora
Número/s de Teléfono

PLAN NUTRICIONAL

Nombre del/la participante: _____
Agencia Coordinadora: _____

Número de identificación: _____
Últimos cuatro números del SS: _____

I. Terapia médica nutricional

1. Fecha de comienzo de la terapia nutricional: _____
2. Necesidad y/o justificación del servicio: _____

3. Referido a Consejería Nutricional por recomendación médica: ____ Sí ____ No

4. Tipo de suplemento nutricional o alimento recomendado: _____

5. Cantidad o dosis recomendada y frecuencia: _____

6. Periodo de tiempo que cubre este plan: _____

II. Visitas de seguimiento

1. Fecha de la próxima cita de seguimiento: _____

2. Marque para indicar la frecuencia de las citas de seguimiento para Consejería Nutricional:

☐ Trimestral (cada tres meses)

☐ Otro, especifique: _____

☐ Semestral (cada seis meses)

☐ N/A

☐ Anual (una vez al año)

3. Marque para indicar la frecuencia de las citas de seguimiento para suplementos nutricionales:

☐ Trimestral (cada tres meses)

☐ Otro, especifique: _____

☐ Semestral (cada seis meses)

☐ N/A

☐ Anual (una vez al año)

III. Revisión del Plan Nutricional

Fecha de revisión del plan nutricional (d/m/a): _____

Fecha de culminación de la terapia médica
nutricional (d/m/a): _____

Firma de la Dietista

Número de Licencia

Fecha (día/mes/año)

Nota: Para la provisión de servicios de Terapia Médica Nutricional, este plan debe ser cumplimentado por un dietista registrado y licenciado para ejercer esta profesión en Puerto Rico.

Plan de Cuidado para Servicios de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad

Nombre: _____ Fecha: _____
 Apellidos Nombre Inicial

Clínica: _____ Agencia Coordinadora: _____

SERVICIO(S) SOLICITADO(S): En la tabla a continuación especifique el/los subservicio/s solicitado/s para las categorías de: Equipo Médico Durable, Equipo Médico Desechable, Médico, Enfermería, Asistente de Salud en el Hogar y Servicios Integrados.

✓	EQUIPO MÉDICO DURABLE	FRECUENCIA/CANTIDAD	ESPECIFICACIONES (tipo, tamaño, etc.)
	Andador		
	Bastón		
	Camas de posición		
	Catéteres urinarios		
	Monitor de presión arterial		
	Glucómetro		
	Mattress		
	Medias de compresión		
	Muletas		
	Nebulizador		
	Silla de baño		
	Silla de ruedas		
	Tanque de oxígeno		
	Oxímetro		
	Otro, especifique:		
	EQUIPO MÉDICO DESECHABLE	FRECUENCIA/CANTIDAD	ESPECIFICACIONES
	Condom Foley		
	Esparatrapo		
	Gazas		
	Guantes		
	Lancetas		
	Pañales desechables		
	Tirillas		
	Underpads		
	Wipes		
	Otro, especifique:		
	MÉDICO	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Visita de médico		
	ENFERMERÍA	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Visita de enfermera/o		
	ASISTENTE DE SALUD EN EL HOGAR	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Asistente de Salud en el Hogar		
	SERVICIOS INTEGRADOS	FRECUENCIA	ESPECIFICACIONES
	Servicios integrados de salud en el hogar		

Inicial del profesional clínico que completa la tabla: _____

Nombre: _____ Licencia: _____

Justificación para proveer servicio/equipo:

Vigencia del servicio (fecha de inicio y fecha de terminación):

Fecha de próxima evaluación para establecer necesidad de continuar el servicio

Tipo de Médico que certifica este servicio: ☐ Tratante de VIH ☐ Primario ☐ Otro, indique: _____

Certifico que el diagnóstico de este participante justifica la necesidad del equipo/servicio solicitado.

Firma: _____ Fecha: _____

ENFERMERÍA

Nombre de Enfermero/a: _____ Fecha: _____

Comentarios: _____

¿La orden médica del participante especifica las cantidades correspondientes y la vigencia del servicio (según aplique)?

SÍ
☐

NO
☐

MANEJO DE CASO

Nombre	Manejo de Caso	Firma	Fecha	Comentarios
	MCC			
	MCNC			

Instrucciones para completar el Plan de Cuidado

El propósito de este Plan de Cuidado es proveer un documento uniforme para cumplir cabalmente con lo solicitado por HRSA para brindar los servicios contenidos en la categoría de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad. Según descrito en el PCN 16-02, para ofrecer esta categoría se debe tener un plan escrito por un equipo clínico que esté liderado por un médico. Este equipo clínico como mínimo debe estar constituido por: 1) médico y 2) manejo de caso clínico o enfermería. Ello no implica que el equipo se tenga que limitar a solo dos de los tres posibles representantes si cuenta con los mismos, mas bien, lo que se establece es el mínimo de profesionales clínicos que deben participar del Plan. Es decir, adicional a la sección de manejo de caso no clínico, las secciones del médico y de otro componente del equipo clínico sea este el personal de enfermería o de manejo de caso clínico deben estar completas para que la agencia coordinadora pueda coordinar el servicio. Si algún miembro del equipo no puede completar su parte se deberá especificar la razón. Se espera que el personal de manejo de caso clínico además de su respectiva observación pueda incorporar los esfuerzos coordinados con otros profesionales de la salud para los que explícitamente no hay una sección en este documento. Un ejemplo de esto último serán las coordinaciones con los servicios primarios de psicología de la salud.

Este Plan debe también contemplar los escenarios en que el participante solicita un servicio de esta categoría sin que necesariamente dicho participante esté en tratamiento. En estos casos en que la persona llega a la agencia sin ser referida por un centro clínico para su tratamiento de VIH, el personal de manejo de caso no clínico deberá contactar al personal de manejo de caso clínico del último centro clínico que la persona informó haber asistido. Es decir, aunque la persona no esté en tratamiento de VIH, el Programa fomenta una comunicación directa entre manejo de caso no clínico y clínico para que el equipo clínico de dicho centro esté al tanto de los servicios solicitados por la persona en la agencia coordinadora. Esta gestión de comunicación deberá documentarse en el expediente del participante. Asimismo, será responsabilidad de la agencia coordinadora orientar al equipo médico de centros clínicos externos que no sean CPTET sobre este documento, para que se cumpla con este requisito. Los servicios de esta categoría NO se pueden ofrecer si el Plan de Cuidado no está debidamente completado. A continuación se describe brevemente cada sección del documento. Las secciones correspondientes deberán completarse en **letra legible o en molde**.

Sección	Descripción
Información del Participante	En esta sección se debe completar el nombre del participante y la fecha en que se comienza a completar el Plan. Además, en la tabla se debe especificar el subservicio de la categoría que se amerita, el equipo específico solicitado, la frecuencia, el tipo, la cantidad, etc., según aplique a cada subservicio. Esta parte puede ser completada por cualquiera de los profesionales clínicos de las próximas secciones. El profesional que completa esta parte deberá firmar en el espacio provisto.
Certificación Médica	Esta sección debe ser completada por el médico. En la misma deberá escribir su nombre completo y su número de licencia. Deberá proveer las razones o justificación detallada, por la cual, la persona amerita el servicio. Asimismo, se requiere que estipule claramente la vigencia en la que el servicio será provisto y la fecha de la próxima evaluación en la que se determinará la necesidad de continuar con el servicio. Por último, el médico debe marcar la opción que le corresponda de su tipo de especialidad.
Firma de médico como líder de equipo clínico	En esta sección se espera que el médico firme la certificación y escriba la fecha. El Plan de Cuidado NO será válido si faltara esta firma.
Enfermería*	Esta sección le corresponde completarla al personal de enfermería. Deberá escribir su nombre completo y la fecha en la que completa su sección. Las observaciones deben documentar la necesidad del servicio requerido por el participante según su peritaje clínico.
Manejo de caso clínico*	El personal de manejo de caso clínico debe completar esta sección. Deberá escribir su nombre completo, firma y la fecha en la que completa su sección. Además, podrá hacer comentarios adicionales, de considerarlo necesario.
Manejo de caso no clínico*	El personal de manejo de caso clínico debe completar esta sección. Deberá escribir su nombre completo, firma y la fecha en la que completa su sección. Además, podrá hacer comentarios adicionales, de considerarlo necesario.

*Si alguien de este personal no estará disponible al momento de la firma del documento, se podrá hacer una nota en comentarios en la sección correspondiente indicando las razones de por qué el personal no está disponible.

ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD PARA SERVICIOS INTEGRADOS DE CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR CON BASE EN LA COMUNIDAD

A los fines de realizar un análisis de costo-efectividad para la prestación de los Servicios Integrados de la categoría de servicios de Cuidado de Salud en el Hogar con Base en la Comunidad (CSHBC), se deberá cumplimentar la tabla a continuación, considerando los servicios referidos en el Plan de Cuidado para estos servicios. En esta tabla, se detallará el costo de los servicios dentro de la categoría de CSHBC a ser provistos al participante, tanto de manera integrada como por separado, y deberá estar acompañada de la lista de precios oficial del proveedor. Para calcular los costos totales, se deberá considerar el periodo de tiempo por el cual se establece el Plan de Cuidado para estos servicios, sumando los costos mensuales y multiplicándolo por la cantidad de meses aprobados en el plan. Finalmente, considerando la diferencia en los costos totales, se determinará si la prestación de los servicios integrados es costo efectivo en comparación con la prestación de los servicios de manera individual.

Agencia Coordinadora/Región: _____ **Número de Expediente:** _____

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR CON BASE EN LA COMUNIDAD		
I. SERVICIOS INTEGRADOS		
SERVICIO	PROVEEDOR DISPONIBLE	COSTO MENSUAL
▪ Integrado		
COSTO TOTAL (especificar meses referidos: ____)		
II. SERVICIOS POR SUBCATEGORÍA		
SERVICIO	PROVEEDOR DISPONIBLE	COSTO MENSUAL
▪ Médico		
▪ Enfermera/o		
▪ Equipo(s) Médico(s) Durable(s), especifique: ○ ○ ○		
▪ Equipo(s) Médico(s) Desechable(s), especifique: ○ ○ ○		
▪ Asistente de Salud en el Hogar		
COSTO TOTAL (especificar meses referidos: ____)		
DIFERENCIA EN COSTOS TOTALES		

Firma del/la Coordinador/a de Servicios: _____ **Fecha:** _____

Unidad de Servicios Complementarios de VIH

**Formulario para Prestar Asistencias Económicas de Emergencia
en Cumplimiento con la Política de Pagador de Último Recurso**

Nombre del participante: _____

Núm. de expediente: _____

Asistencias Económicas de Emergencia Solicitadas		
Complete la columna de la cantidad solicitada para todas las categorías que apliquen.		
Asistencias Económicas	Topes	Cantidad Solicitada
Pago de luz (Luma)		
Pago de agua (AAA)		
Pago de gas		
Pago de renta		
Pago de medicamentos		
Vale de alimentos	\$200.00 (2 por año para un total de \$400.00 anuales)	
Vale de emergencia	\$150.00	
TOTAL	\$1,200.00 (Tope Anual)	
<i>Del participante elegible solicitar asistencias económicas de emergencia en exceso de los topes establecidos, la agencia coordinadora deberá someter una Solicitud de Autorización de Servicios (visto bueno) al PRWPB/ADAP.</i>		
Justificación de la Necesidad de la Asistencia Económica de Emergencia Detalle las situaciones o imprevistos que el participante no pudo prever o anticipar por lo cual solicita asistencia económica de emergencia. Adjunte cualquier evidencia pertinente.		
Gestiones para Prestar el Servicio por Otros Programas o Fuentes de Pago Detalle las gestiones realizadas para canalizar la asistencia económica por otro pagador o fuente de pago disponible. Para efectos del cumplimiento con la política de pagador de último recurso aplicable, otro pagador o fuente de pago disponible se refiere a aquella asistencia financiera o relacionada con la atención médica que otros pagadores realizan o es razonable esperar que realicen a una persona beneficiaria antes de utilizar los fondos de Ryan White; como <i>Medicaid</i>, <i>Medicare</i>, Administración de Veteranos, planes médicos privados y <i>HOPWA</i>. La asistencia que, de manera		

esporádica y sujeta a la disponibilidad de fondos, podría recibir una persona a través de las oficinas de ayuda al ciudadano en los municipios y programas como CDBG, CSBG, entre otros, no son considerados pagadores de último recurso.

Programa/agencia: _____

Persona contacto: _____

Gestiones realizadas:

Asistencias Económicas de Emergencia Prestadas

Haga una marca de cotejo si durante el presente año programa el participante:

_____ No ha recibido servicios de asistencia económica de emergencia

_____ Ha recibido servicios de asistencia económica de emergencia

por la cantidad total de \$ _____. *(Recuerde que no deberá excederse del tope máximo de \$1,200.00 para asistencia económica de emergencia sin visto bueno del Programa)*

Decisión sobre la Prestación del Servicio

Haga una marca de cotejo para indicar la decisión sobre la prestación del servicio:

_____ Se otorgará la asistencia económica de emergencia

_____ Se someterá al Programa Ryan White Parte B/ADAP para aprobación de servicio (*visto bueno*)

_____ No se otorgará la asistencia económica de emergencia. Favor especificar la razón:

_____ ayuda disponible por otros fondos (ej: *Medicaid, Medicare, HOPWA*)

_____ participante no es elegible para recibir el servicio (ej. disponibilidad de recursos económicos)

_____ otro (especifique): _____

Manejador de Casos- No Clínico:

Fecha (día/mes/año):

**AGENCIA COORDINADORA
ASISTENCIA ECONÓMICA DE EMERGENCIA
PARA VALE DE ALIMENTOS***

#VALE: _____
REF: _____

FECHA: _____
ID: _____

Se autoriza a _____ (participante) a realizar una compra, en el comercio _____ ubicado en _____ (municipio), por la cantidad de _____ (en letras) /150 dólares en alimentos de primera necesidad. No se permite cambiar este vale por efectivo. Todos los productos deberán ser comestibles. ***Queda prohibido la compra de dulces, alimentos altamente azucarados, suplementos nutricionales, refrescos, bebidas alcohólicas, cigarrillos y comida para mascotas, entre otros.*** (Hacer referencia a la tabla de productos permitidos, limitados y no permitidos incluida al dorso.)

Firma del/la Manejador/a

Fecha

Certifico que he sido orientado sobre los alimentos permitidos a adquirir mediante el servicio de Vale de Alimentos y me comprometo a seguir la guía contenida en este documento.

Firma del/la Participante

Fecha

NOTA: El/la participante deberá presentar identificación con foto al momento de la compra.

***Este vale es auspiciado por el Programa Ryan White Parte B/ADAP**
VALE DE ALIMENTOS

ALIMENTOS PERMITIDOS	ALIMENTOS NO PERMITIDOS	ALIMENTOS LIMITADOS	CANTIDAD PERMITIDA
CARNE ROJA	SUPLEMENTOS NUTRICIONALES	SALCHICHAS	MÁXIMO: 4 LATAS
POLLO	ALCOHOL/LICOR/CERVEZA	JAMONILLA	MÁXIMO: 1 LATA
PESCADO/ATÚN	REFresco/MALTAS	CAFÉ	MÁXIMO: 1 LIBRA
CARNES Y PESCADOS ENLATADOS: POLLO/PAVO/CERDO/SARDINAS/ SALMÓN/ATÚN	TABACO/CIGARRILLOS	CHOCOLATE EN POLVO	MÁXIMO: 7 OZ
FRUTAS (INLCUYE DESHIDRATADAS Y ENLATADAS)	COMIDA PARA MASCOTAS	AZÚCAR	MÁXIMO: UN PAQUETE
VEGETALES (INCLUYE ENLATADOS)	ARTÍCULOS DE LIMPIEZA EN EL HOGAR Y ARTÍCULOS DE HIGIENE PERSONAL	SOPAS ENLATADAS O PAQUETE	MÁXIMO: 2 LATAS O 2 PAQUETES
ARROZ/GRANOS (ENLATADOS O SECOS)	BOLSAS REUSABLES	HOT DOGS (TODO CARNE/ALL BEEF)	MÁXIMO: 2 PAQUETES
LÁCTEOS/QUESO/ YOGURT BAJO EN GRASA	GALLETAS SALADAS/GALLETAS AZUCARADAS/CUCAS	HAMBURGERS (TODO CARNE/ALL BEEF)	MÁXIMO: 1 PAQUETE
CEREALES NO AZUCARADOS	DULCES/GOLOSINAS/FLANES	CORN BEEF	MÁXIMO: 1 LATA
PAN (INCLUYE ESPECIAL, BLANCO, INTEGRAL, CRIOLLO DE MAÍZ Y PASAS)	REPELENTES/INSECTICIDAS	KETCHUP	MÁXIMO: 1 POTE
HUEVO	BACALAITOS/SORULLOS/ EMPANADILLAS DE PIZZA/PASTELILLOS DE POLLO, ETC.	SYRUP PANCAKES	MÁXIMO: 1 POTE
PASTA (INCLUYE ENLATADAS) / SALSAS PARA PASTAS	POPCORN	MAYO KETCHUP	MÁXIMO: 1 POTE
VIANDAS	PIZZA CONGELADA	SALSA PICANTE	MÁXIMO: 1 POTE
NUECES	JUGOS AZUCARADOS		
GALLETAS SODA/INTEGRAL	LONGANIZA DE CERDO Y POLLO		
AGUA	CEREALES AZUCARADOS		
JUGOS 100% NATURAL	HONEY BUNS/POUND CAKE/CIENTO EN BOCA/MALLORCAS		
CONDIMENTO/SOFRITO ACEITES/ESPECIAS	TOCINETA/MORTADELLA/ SALCHICHÓN/ SALAMI/SAUSAGE		
LECHE (INCLUYE FRESCA, UHT, NUECES (ALMENDRA, CASHEW), SOYA Y EN POLVO)	CHEESECAKE		
SEMILLAS DE CALABAZA SIN SAL Y CÁSCARA	POTATO STICKS/CHEEZ WHIZ		

AGENCIA COORDINADORA

**ASISTENCIA ECONÓMICA DE EMERGENCIA
VALE PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA***

#VALE: _____
REF: _____

FECHA: _____
ID: _____

Solo en situaciones de emergencia (ejemplo: desastre natural como fuego, terremoto, inundación y huracán, o evento que impacte la salud pública como la pandemia por COVID-19) se podrá ofrecer este vale para artículos de primera necesidad exclusivamente.

Se autoriza a _____ (participante) _____ a realizar una compra, en el comercio _____ ubicado en _____ (municipio) _____, por la cantidad de _____ (en letras) **/\$150.00** Veartículos de primera necesidad. **No se permite cambiar este vale por efectivo.** (Hacer referencia a los artículos permitidos en tabla incluida al dorso.)

Firma del/la Manejador(a)

Fecha

Certifico que he sido orientado sobre los artículos permitidos a adquirir mediante el servicio de Vale para Situaciones de Emergencia y me comprometo a seguir la guía contenida en este documento.

Firma del/la Participante

Fecha

NOTAS: El/la participante deberá presentar identificación con foto al momento de la compra. En situación de emergencia se podrán entregar ambos vales (Alimentos y Emergencia) a participantes elegibles.

***Este vale es auspiciado por el Programa Ryan White Parte B/ADAP
VALE PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA**

PRODUCTOS PERMITIDOS		
HIGIENE PERSONAL	LIMPIEZA DEL HOGAR	MISCELÁNEOS
JABÓN DE BAÑARSE	LIMPIADORES CON BLANQUEADOR	BATERÍAS
SHAMPOO Y ACONDICIONADOR	JABÓN DE FREGAR	LINTERNAS
DESODORANTE	TOALLAS Y SPRAY DESINFECTANTE	VELAS
CEPILLO Y PASTA DE DIENTES	REPELENTES	SOGAS
TOALLAS SANITARIAS/TAMPO NES	INSECTICIDAS	DETERGENTE DE ROPA
PAPEL DE BAÑO		ALCOHOL
DESINFECTANTE DE MANOS (HAND SANITIZER)		MASCARILLAS

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS Y VIVIENDA³

El Plan de Servicios y Vivienda debe ser desarrollado con los/as solicitantes/participantes como requisito para ofrecer el servicio de Vivienda Temporera con fondos del Programa Ryan White Parte B. Asegúrese de que este plan se dirige a todos los asuntos específicos que surgen del proceso de evaluación de necesidades y la discusión acerca de los recursos convencionales disponibles. El plan, el cual debe ser actualizado mensualmente, debe incluir las metas, las estrategias/pasos para lograr cada meta, las fechas propuestas de terminación y las fechas de las metas alcanzadas. Recuerde que el Programa Ryan White Parte B es un **pagador de último recurso** por lo que debe asegurarse de haber identificado y explorado otras alternativas, previo a utilizar los fondos del Programa.

Nombre del/la Solicitante/Participante: _____ Número de Núcleo Familiar: _____
Manejador/a de Caso No Clínico: _____ Núm. de Expediente: _____ Fecha: _____ (día/mes/año)

PARTE 1: SALUD Y BIENESTAR				
Meta	Estrategias/Pasos	Fecha Propuesta	Fecha Alcanzada	Notas
1. Tratamiento VIH/SIDA				
2. Salud Mental				

³ Este Plan ha sido adaptado del Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Condiciones Relacionadas (Programa HOPWA) del Departamento de Vivienda del Municipio de San Juan.

PARTE 1: SALUD Y BIENESTAR				
Meta	Estrategias/Pasos	Fecha Propuesta	Fecha Alcanzada	Notas
3. Buena Alimentación				
4. Buena Salud Física				

Fortalezas del/la participante:

Desafíos del/la participante:

Resumen del/la participante:

Parte 2: EMPLEO Y ESTABILIDAD FINANCIERA				
Meta	Estrategias/Pasos	Fecha Propuesta	Fecha Alcanzada	Notas
1. Obtener Empleo				
2. Mantener el Empleo por un Mínimo de 6 meses				
3. Reparar el Historial de Crédito (si aplica)				
4. Estabilidad Financiera				

Fortalezas del/la participante:

Desafíos del/la participante:

Resumen del/la participante:

Parte 3: ESTABILIDAD DE VIVIENDA				
Meta	Estrategias/Pasos	Fecha Propuesta	Fecha Alcanzada	Notas
1. Vivienda de Emergencia o Transitoria				
2. Vivienda Permanente				
3. Capacidad Pagar Utilidades				
4. Habilidades Domésticas				

Fortalezas del/la participante:

Desafíos del/la participante:

Resumen del/la participante:

Favor describir los esfuerzos adicionales que se están realizando para atender las necesidades del/la participante y relocalizarlo/a a una vivienda permanente:

Mi firma en este documento certifica mi aprobación y mi compromiso con el contenido y la ejecución de este Plan Individualizado de Vivienda. Reconozco que, con mi consentimiento, el/la Manejador/a de Caso No Clínico revisará el contenido del Plan periódicamente.

Firma del/la Participante:	Fecha (d/m/a): _____
Firma del/la Manejador/a de Casos:	Fecha (d/m/a): _____

**Programa Ryan White Parte B/ADAP
Unidad de Servicios Complementarios de VIH
Servicio de Transportación Médica a Beneficiarios del PSG- VITAL**

El servicio de transportación médica subvencionado por fondos de Ryan White Parte B/ADAP puede ser prestado por excepción a participantes beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno (PSG-Vital) que evidencien que no han recibido una respuesta oportuna para atender su necesidad o que el servicio haya sido denegado por la aseguradora de VITAL. De no haber recibido una denegación del servicio de parte de la aseguradora, el participante debe evidenciar lo siguiente para recibir el servicio de transportación médica con fondos Ryan White Parte B/ADAP: 1) que inició el proceso de pre-autorización y la aseguradora no ha completado el proceso y no le ha respondido su decisión; 2) el participante necesita el servicio para iniciar el proceso de solicitud a la aseguradora visitando a su médico primario; y/o 3) el servicio de transportación no puede ser razonable u oportunamente prestado por la aseguradora o su proveedor para atender la necesidad del participante, y el no prestarlo representa una interrupción a su tratamiento pudiendo afectar su salud y bienestar.

Por tanto, en cumplimiento con la política de pagador de último recurso aplicable a los fondos de la Parte B, los servicios de transportación médica subvencionados no deberán sustituir los servicios para los cuales se tenga la expectativa de que pueden ser oportuna y razonablemente prestados a participantes elegibles, a través del PSG-Vital u otra cubierta de seguro a la cual el participante sea elegible.

Formulario para Documentación de Excepciones en la Prestación de Servicios de Transportación Médica a Beneficiarios del PSG- VITAL con Fondos de Ryan White Parte B/ADAP	
I. Información del Participante:	
1. Nombre Completo:	2. Número de Expediente:
3. Número de Identificación del Plan Vital:	5. Número de Teléfono: _____
4. Aseguradora: _____	6. Correo electrónico: _____
II. Necesidad y Justificación del Servicio de Transportación Médica	
1. Fecha del servicio solicitado: (día/mes/año) _____/_____/_____	2. Propósito del Servicio: _____ Fecha de la cita: _____
3. Razones por las cuales el participante no puede cubrir el servicio de transportación: ☐ No cuenta con vehículo personal o del núcleo familiar ☐ No cuenta con un recurso de apoyo disponible para transportarlo al servicio ☐ Otra razón: _____ <i>Favor describa detalladamente:</i> _____ _____ _____	
III. Gestiones Implementadas para Coordinar el Servicio de Transportación Médica No- Emergencia a través del PSG-VITAL	
1. Fecha de la Gestión con la Aseguradora: (día/mes/año) _____/_____/_____	2. Persona Contacto en la Aseguradora:

Formulario para Documentación de Excepciones en la Prestación de Servicios de Transportación Médica a Beneficiarios del PSG- VITAL con Fondos de Ryan White Parte B/ADAP

3. Descripción de la Gestión Realizada:

4. Resultado de la Gestión:

- ☐ Solicitud en proceso (Saltar a la 5)
☐ Denegado por la aseguradora (*Contestar 4.1*)
☐ Demora en la aprobación (Saltar a la 5)
☐ Otra razón: _____

4.1 Razones por las cuales el servicio de transportación fue denegado:

- ☐ Al momento, el servicio de transportación no está disponible a través de la aseguradora.
☐ Proceso de pre-autorización no completado.
☐ Participante no cumple con los criterios establecidos por la aseguradora.
☐ Otra: _____

Comentarios:

5. Documento de Referencia del Caso:

- ☐ Carta de denegación de servicios
☐ Correo electrónico de la aseguradora
☐ Notas de comunicación con el proveedor de servicio de salud o de apoyo
☐ Otro: _____

IV. Certificación del Manejador de Caso Clínico o de Apoyo

En cumplimiento con el principio de pagador de último recurso aplicable a los fondos de Ryan White Parte B/ADAP, por este medio certifico que he orientado al participante sobre la disponibilidad de los servicios de transportación médica no emergencia a través del PSG-Vital y que se ha completado o intentado completar el proceso de autorización correspondiente. Además, se orientó al participante que el servicio de transportación médica subvencionado por fondos de la Parte B/ADAP es prestado por excepción.

Nombre del manejador de caso clínico o de apoyo: _____

Firma: _____ **Fecha (día/mes/año):** _____