DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARÍA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
SECCIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
E INFECCIONES TRANSMISIBLES

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

OCTUBRE 2026

REVISADO Y APROBADO POR:

Dra. Norma Delgado Mercado
Directora del Programa Ryan White Parte B/ADAP

Última modifica

PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PÁGINA
Introducción	3
Propósito	4
Aplicabilidad	4
I. Manejo de Casos No Clínico	4
Comprobación de los Criterios de Elegibilidad	6
Determinación y Documentación de los Criterios de Elegibilidad	12
Determinación de Elegibilidad a Corto Plazo	15
Determinación/Confirmación en Situaciones de Emergencia	16
Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico	17
Certificación de Elegibilidad a Corto Plazo en Situaciones de Emergencia	18
Confidencialidad	19
Coordinación de Servicios	23
II. Servicios Medulares y de Apoyo Subvencionados con Fondos de Parte B	29
III. Mejoramiento de Calidad	43
IV. Frecuencia para la Revisión de Documentos Requeridos para la Prestación de Servicios Subvencionados	43
V. Insumo y Evaluación de los Servicios	46
Anejos	48

INTRODUCCIÓN

La Ley Ryan White está dirigida a atender las necesidades no cubiertas de las personas con diagnóstico de VIH mediante la subvención de servicios médicos y de apoyo que favorezcan el acceso y la retención en el continuo de cuidado de salud. A través de la agencia federal *Health Resources and Services Administration* (HRSA), se asignan fondos a las jurisdicciones de Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico, para desarrollar e implementar sistemas de servicios dirigidos a esta población.

En Puerto Rico, estos fondos permiten al Departamento de Salud, entidades sin fines de lucro y otros proveedores ofrecer servicios conforme a las necesidades particulares de cada región. La Ley Ryan White establece que los fondos no pueden sustituir recursos previamente asignados a nivel estatal o local ni cubrir servicios financiados por otros programas, como *Medicaid*, *Medicare*, seguros médicos privados u otras fuentes de financiamiento.

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 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 PRWPBA.

II. Aplicabilidad

La implementación de los procedimientos y documentos incluidos en la presente Guía es requerida para todas las organizaciones subrecipientes de fondos del PRWPBA. Por tal razón, se dará seguimiento a la implementación de los procedimientos y formularios especificados en esta guía, durante las monitorías a los subrecipientes contratados y al realizar la intervención fiscal de las facturas presentadas al PRWPBA. Esperamos que este documento sea de utilidad para las personas que fungen como MCNC en las agencias subrecipientes.

III. Manejo de Casos No Clínico (MCNC)

Según el Policy Clarification Notice de HRSA #16-02 (actualizada enero de 2026), 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 subrecipiente. 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 PRWPBA 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 que vaya a recibir servicios subvencionados con fondos del PRWPBA deberá cumplir con los criterios de elegibilidad, los cuales deberán estar evidenciados mediante la documentación requerida y vigente, conforme a la última versión de esta guía. A tales efectos, se utilizará el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico (Anejo A) o la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad (Anejo B), según corresponda.

En relación con la determinación de elegibilidad, se requiere que la documentación que evidencie el cumplimiento de los criterios de elegibilidad sea cargada al Sistema de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico, incluyendo el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico (Anejo A), en el caso de los participantes que autoricen que su información sea registrada en dicha plataforma. En estos casos, la documentación correspondiente también deberá formar parte del expediente de servicios del participante. Para los participantes que no autoricen el registro de su información en la plataforma, la documentación requerida deberá conservarse en el expediente de servicios, de conformidad con los requisitos aplicables.

Los documentos requeridos para evidenciar el cumplimiento de los criterios de elegibilidad serán establecidos y actualizados en los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP, en la Guía para la Preparación de Propuesta y Solicitud de Fondos del Programa Ryan White Parte B, publicada anualmente, así como mediante los comunicados oficiales que emita el Programa para 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 ☐ Identificación del trabajo ☐ Tarjeta electoral ☐ Certificado de nacimiento ☐ Pasaporte ☐ Otros documentos de identidad 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 VIH última generación (aprobada por la *FDA*) ☐ *Western Blot* ☐ Laboratorios de carga viral de VIH *(Viral Load)* y CD4- De no mostrar prueba confirmatoria de VIH podrá presentarse evidencia 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

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP

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 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, 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 que fueron evaluadas por el Programa Medicaid presentará 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.

En cuanto, a los participantes que no son elegibles al PSG, que no cualifican para ser evaluados por el Programa Medicad o que se acogieron al proceso alterno de

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP

elegibilidad del Programa, el cumplimiento con el criterio de domicilio en P.R. será evidenciado mediante la presentación de uno de los siguientes:

- ☐ Factura de luz, agua o teléfono a nombre de la persona
- ☐ Carta de certificación de alquiler o persona con quien reside
- ☐ Carta de certificación de manejador de caso, TS o proveedor de servicios

De no poder proveer dicha evidencia, se podrá cumplimentar el formulario de **Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad (ANEJO B**). Este formulario tiene que ser firmado por el solicitante y el manejador de caso no clínico. Si el participante es una persona 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% 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 solicitante.

Tabla para determinar nivel de pobreza federal para el 2026 (NPF)

Personas en el Hogar	**400% *Dollars Per Year***	**400% *Dollars Per Month***
1	$ 63,840	$ 5,320
2	$ 86,560	$ 7,213
3	$ 109,280	$ 9,107
4	$ 132,000	$ 11,000
5	$ 154,720	$ 12,893
6	$ 177,440	$ 14,787
7	$ 200,160	$ 16,680
8	$ 222,880	$ 18,573
9	$ 245,600	$ 20,467
10	$ 268,320	$ 22,360

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

A fin de garantizar el cumplimiento con el ingreso de elegibilidad aplicable, se determinará la elegibilidad económica del Programa mediante una de las siguientes dos modalidades, según el perfil del solicitante:

- **Modalidad 1.** Determinación por el Programa Medicaid: El ingreso de elegibilidad es calculado y certificado por el Programa Medicaid del Departamento de Salud, de acuerdo con sus criterios establecidos. Esta

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP

determinación es informada oficialmente a través de la Notificación de Decisión del Programa Medicaid. 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 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. 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.

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, el subrecipiente determinará si el ingreso del participante se encuentra en o bajo el 400% del NPF. Para esto, favor referirse a la tabla previa para determinar nivel de pobreza federal para el 2026.

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, el subrecipiente 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 Subrecipientes 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, el subrecipiente 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, el subrecipiente verificará los **ingresos económicos individuales del solicitante** y evaluará su elegibilidad económica. Para esto, serán considerados los siguientes los factores:

- Fuentes de ingreso económico:
- Salario/sueldo- talonarios,
- Seguro social,
- Retiro, y,
- Beneficios de Veteranos.
- Deducciones: Gastos de medicamentos.

Si la persona no cuenta con la documentación requerida para evidenciar sus ingresos económicos, y no cualifica para ser evaluada por el Programa Medicaid, se deberá utilizar la ***Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad* (Anejo B).**

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP

- **Modalidad 2.** Determinación de Elegibilidad mediante el Proceso Alterno: Esta aplicará solamente a las personas con diagnóstico positivo al VIH cuya información demuestre que: 1) No cumplen con los criterios establecidos por el Programa Medicaid, incluyendo el que su información financiera demuestre que sobrepasan los límites económicos establecidos por este Programa; 2) Cuentan con aseguramiento de salud (privado, patronal o Medicare) vigente y no desean acogerse al Plan de Salud del Gobierno de P.R. (PSG- Vital) porque ya cuentan con aseguramiento; y, 3) personas que no pueden ser evaluadas por el Programa Medicaid por razones de confidencialidad u otras. El personal de ADAP, las Agencias Subrecipientes y los Manejadores de Caso de la red de proveedores deberán referirse al procedimiento alterno detallado en el Anejo C; para que se lleve a cabo la evaluación económica bajo esta modalidad.

  Si el ingreso de elegibilidad final de la persona no excede el 400% del NPF, se dará por cumplido el criterio económico. Los parámetros específicos para este cálculo se encuentran en el anejo antes mencionado.

Para otras situaciones no contempladas en esta guía, 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 PRWPBA, 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, el subrecipiente (agencia coordinadora) 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

Tabla1: Criterios de Elegibilidad Ryan White Parte B/ADAP
página electrónica de Medicaid. Para ello, pueden acceder a la página electrónica del Medicaid a través del siguiente enlace: https://www.medicaid.pr.gov . 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 ni 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 PRWPBA 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 de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico (Anejo A);** una vez cumplimentado si el participante autoriza a compartir la información se subirá el documento y las evidencias de los criterios 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	**Unidad de Servicio**
Actividad donde se realiza por **primera vez** la determinación de elegibilidad **inicial**.	Una determinación de elegibilidad equivale a una unidad de servicio

<u>Confirmación de elegibilidad</u>: Es el proceso mediante el cual se verifica que el participante sigue cumpliendo con los criterios de elegibilidad para recibir servicios. **<u>Requiere verificar los criterios de domicilio, ingresos y aseguramiento</u>**, 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 <u>posterior</u> 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 Eelgibilidad 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 PRWPBA para evidenciar residencia, ingresos económicos y aseguramiento (sin cibierta 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, actualización de información en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, 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 comprenden, pero no se limita a las personas que no dispongan de un seguro de salud o aquellas en que el participante confronta 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, el subrecipiente 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 del Programa Ryan White Parte B/ADAP y se podrá utilizar la elegibilidad a corto plazo con el fin de garantizar el acceso a los servicios esenciales de salud y apoyo. 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 del subrecipiente, así como firmando y colocando la fecha en la que se realizó la intervención.

Además, el subrecipiente 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, el subrecipiente 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 PRWPBA.

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 (Anejo A)**. Los usuarios autorizados deben registrar los documentos de apoyo que evidencian cada criterio de elegibilidad individualmente.

Las guías establecidas por el PRWPBA 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 del subrecipiente.

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 del Programa Ryan White Parte B/ADAP 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.** Como parte de este proceso se deberá registrar la información del participante en el sistema de Elegibilidad Ryan Whiite en Puerto Rico, de este haber autorizado.

Cuando no sea posible obtener la firma del participante, el personal de manejo de casos no clínico podrá completar el formulario de elegibilidad Ryan White en Puerto Rico 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, el subrecipiente, la fecha y la firma del personal responsable.
3. El subrecipiente 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 PRWPBA.

V. Confidencialidad

Según estipulado en el contrato del Departamento de Salud/PRWPBA, cada subrecipiente 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 del subrecipiente 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 del subrecipiente 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 del subrecipiente 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/consumers/privacyhowtofilesp.pdf.

VI. Coordinación de Servicios

a. Plan de Cuidado Individualizado: Para la prestación y/o coordinación de los servicios medulares 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 del subrecipiente 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 alterno 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 o agotó su cubierta".

   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 en su lugar el tutor legal o representante autorizado por el participante. En estos casos, el subrecipiente debe incluir copia de la autorización legal para la tutoría o documento del participante autorizando a su representante, 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 o de su tutor legal o representante autorizado. 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 o de su tutor legal o representante autorizado. De no proveerse la firma del/la participante o de su tutor legal o representante autorizado, 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 archivarse 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 PRWPBA 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), ciberterapia (Ley 48-2020)** y sus enmiendas **(Ley 8-2025)**, se promueve el uso de estas modalidades en la prestación de servicios. Además, los manejadores de casos de apoyo y otros profesionales bajo el PRWPBA 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 vigentes para ejercer en Puerto Rico. Los profesionales de la salud con licencia en otras jurisdicciones federales deberán obtener la certificación para practicar la telemedicina, telesalud o ciberterapia en Puerto Rico.
- 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 PRWPBA 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, 7) Vivienda Temporera y 8) Servicios de Rehabilitación.

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 seré 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

Las asistencias económicas de emergencia se prestarán en cumplimiento con las guías establecidas en la **NOTIFICACIÓN DE ACLARACIÓN DE POLÍTICA AC-25- 002: ACLARACIÓN DE POLÍTICA PARA EL SERVICIO DE ASISTENCIA ECONÓMICA DE EMERGENCIA: LÍMITE EN PAGO DE UTILIDADES (AGUA POTABLE Y ELECTRICIDAD) Y RENTA EN ATRASO CON FONDOS DEL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP.**

Para la provisión de asistencias económicas de emergencia debe mediar un imprevisto o situación que el participante no pudo predecir o anticipar como, por ejemplo: 1) Disminución significativa de ingreso por pérdida de empleo; 2) aumento significativo e imprevisto en los costos de los servicios; y 3) una reciente disminución de ingresos.

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).**[1] En este 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.

Específicamente, dentro del tope máximo de **$1,200** por año programa, por unidad familiar, se incluyen los servicios de asistencia económica de emergencia para el pago de: luz, agua, renta (no fianza), gas, vale de alimentos, vale de emergencia y medicamentos con sus respectivos topes de gasto y tiempo permitido. Además de estos servicios, la categoría de

[1] Bajo la definición de pagador de último recurso, las fuentes de financiamiento que serán consideradas y evaluadas para establecer la elegibilidad a este tipo de asistencia de parte de PRWPBA son aquellas que pudiera recibir el participante a través de HOPWA, Medicaid, Medicare y Ayuda al Veterano.

asistencia económica de emergencia incluye la provisión de espejuelos y audífonos para participantes elegibles, con sus respectivos topes, los cuales no se consideran para el tope anual de los $1,200 por año programa. Todos los servicios de asistencia económica de emergencia deben ser provistos siguiendo las guías establecidas en la **NOTIFICACIÓN DE ACLARACIÓN DE POLÍTICA AC-25- 002** del PRWPBA y los Estándares de Servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP vigente. De conformidad con lo establecido en esta notificación de aclaración de política a continuación, se especifica información particular para algunas de las asistencias económicas ofrecidas.

a. Pago de Utilidades (Agua y Electricidad):

El servicio de asistencia económica de emergencia para el pago de utilidades (agua y electricidad) aplicará únicamente a las utilidades de la vivienda principal del participante. Por tanto, las facturas deberán estar a nombre del participante. En caso de que la factura esté a nombre de otra persona que no sea el participante, debe indicar la relación o parentesco de esa persona con el participante. Se excluye de este servicio aquellos participantes que reciban beneficios para el pago de utilidades (agua y electricidad) por parte de vivienda subsidiada u otro programa federal. No obstante, si la factura excede el monto subsidiado puede ser considerado para recibir la asistencia con el propósito de cubrir el saldo en exceso.

Se permitirá cubrir pagos en atraso de utilidades de agua y electricidad hasta un **máximo de seis (6) meses** acumulativos, dentro del período de 12 meses en el año programático[2], por persona con diagnóstico positivo al VIH elegible. La cantidad total para las asistencias económicas de emergencia no deberá exceder el tope establecido por participante para el año programa. De haber una situación que exceda el tope anual de $1,200, el subrecipiente podrá someter al PRWPBA una Solicitud para Autorización de Servicio (VoBo) para su evaluación.

[2] Para obtener información adicional sobre la interpretación del periodo de tiempo aplicable a esta asistencia económica, favor referirse a la comunicación emitida el 1 de mayo de 2026, titulada "*Interpretación de la Notificación de Aclaración de Política AC-25-002 para el Periodo de Meses a Cubrir bajo la Asistencia Económica para el Pago de Agua y Electricidad*".

b. Pago de Renta:

Se permitirá cubrir pagos en atraso de la renta de la vivienda del participante hasta un máximo de **$800** en un periodo de 12 meses del año fiscal y programático vigente. Los participantes con un saldo atrasado mayor al tope de esta subcategoría ($800) deben pagar la diferencia y presentar la evidencia antes de que el subrecipiente emita el cheque al arrendador. La solicitud de servicio será aceptada si hay al menos un mes de renta vencida, salvo en casos donde haya una orden de desalojo oficial o citación judicial. En el caso de que el participante no pueda cubrir el saldo que excede los $800 se someterá al PRWPBA una Solicitud de Autorización de Servicios (VoBo) para su evaluación.

Dentro de esta subcategoría, se podrá pagar el primer mes de renta de una vivienda nueva del participante, si se demuestra una situación de emergencia o se justifica que es requerido para evitar la pérdida de hogar o el sinhogarismo. Para el pago del primer mes de renta (no incluye pago de fianza), el subrecipiente deberá enviar una Solicitud para Autorización de Servicios (VoBo) al Programa Ryan White Parte B/ADAP para su evaluación.

c. Vale de Alimentos y Vales de Emergencia:

El tope para **vales de alimentos** será de **$400** para un total de dos (2) vales anuales de **$200** cada uno. 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. 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. Estos vales se darán independiente de los vales de alimentos; en una situación de emergencia se podrán entregar ambos vales: 1) el vale de alimentos y 2) el vale para situaciones de emergencia. 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 el subrecipiente 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.

d. Espejuelos:

El servicio está dirigido a los participantes elegibles que presenten una certificación médica provista por un oftalmólogo, optómetra, o médico tratante de VIH autorizado a ejercer la práctica médica en Puerto Rico. La certificación debe especificar que la utilización de espejuelos está relacionada a la condición de VIH en cualquiera de sus etapas, enfermedades oportunistas o a efectos secundarios de medicamentos antirretrovirales. También se considerará una certificación que evidencie el servicio es esencial para asegurar la calidad de vida del participante. El costo de los espejuelos no podrá exceder **$400** al año.

Situaciones particulares que excedan este tope, deberán canalizarse al Programa mediante Solicitud de Autorización de Servicio (Visto Bueno). Asimismo, de necesitar este servicio en más de una ocasión al año, deberá someterse solicitud de aprobación al Programa Ryan White Parte B, vía excepción con una justificación clínica.

e. Audífonos:

Este servicio está dirigido a los participantes elegibles que presenten una certificación médica provista por un profesional de la audiología autorizado que se encuentre al día en todas sus licencias y credenciales, según requerido en Puerto Rico y que dicha certificación especifique que la utilización de audífonos está relacionada a la condición de VIH en sus diferentes etapas, enfermedades oportunistas o a efectos secundarios de medicamentos antirretrovirales o que

certifique que este servicio es esencial para asegurar la calidad de vida del participante. El tope para la adquisición de los audífonos es de **$2,500**. Para servicios en exceso del tope, se someterá al PRWPBA una Solicitud de Autorización de Servicios (VoBo) para su evaluación.

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 de Salud del Gobierno (PSG-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**.**

Asimismo, para la prestación de servicios de transportación médica para personas con diagnóstico de VIH y diagnóstico clínico de salud mental que son beneficiarias del Plan de Salud del Gobierno (PSG-Vital), deberán hacer uso del **Formulario de Referido de Psicología/Psiquiatría para Coordinación de Transportación Médica (Anejo Y)**. Este formulario constituye una herramienta esencial para certificar que la necesidad del servicio está asociada a un diagnóstico de salud mental que afecta la capacidad del individuo para cumplir de forma independiente con el procedimiento establecido por la aseguradora del Plan Vital o por la ASES.

Específicamente, el formulario de referido tiene como propósito evaluar y documentar:

- ❑ El diagnóstico clínico de salud mental vigente, conforme al código ICD-10-CM.
- ❑ Los retos funcionales que el participante pueda presentar, tales como dificultades en la comunicación, toma de decisiones, interacción social o memoria, que obstaculizan su capacidad para coordinar y utilizar servicios de transporte por cuenta propia.
- ❑ El impacto de estos retos en la capacidad del participante para asistir a sus citas médicas, incluyendo pérdidas de citas previas, ansiedad al utilizar transporte público, o necesidad de asistencia para contactar a transportistas.
- ❑ El tipo de asistencia requerida, como la necesidad de un acompañante, recordatorios de citas, apoyo físico o cognitivo para abordar vehículos, o requerimientos de transporte especializado.

El formulario debe ser completado por el personal de Psicología de Cuidado Primario de los CPTETs o por el personal de Psicología o Psiquiatría de la red de clínicas externas, con el propósito de documentar y certificar la necesidad de servicios de transportación médica específicamente relacionada con diagnósticos de salud mental. Por tanto, se espera que los subrecipientes reciban este formulario del personal de Manejo de Caso Clínico de los CPTETs o de las clínicas externas, como parte de la

documentación requerida para justificar el servicio de transportación médica de aquellos participantes que presenten alguna dificultad o barrera para completar el proceso establecido por las aseguradoras del Plan Vital.

El formulario de referido requiere la certificación del profesional de Psicología, lo que permite sustentar adecuadamente la solicitud y evidenciar que esta cumple con los principios del Programa Ryan White Parte B/ADAP, particularmente con el principio de "pagador de último recurso", cuando las circunstancias del participante dificultan que pueda acceder al servicio de manera oportuna mediante los mecanismos establecidos. **Por tanto, es importante que el personal de la agencia subrecipiente oriente al personal de Psicología y Psiquiatría de las clínicas sobre el proceso que debe seguir, le facilite el formulario de referido y le provea las instrucciones necesarias para completarlo correctamente y en todas sus partes.**

6. **Banco de Alimentos/Comidas a Domicilio**

Es la provisión de alimento, comidas calientes o congeladas (preparadas) o un programa de vales para comprar comida. Específicamente el servicio de comida a domicilio incluye suministros de comidas o alimentos para personas incapacitadas, que no pueden obtenerlos por otros medios. Este consiste en tres comidas diarias (desayuno, almuerzo y cena), que son entregadas en el hogar del participante los siete días a la semana. Estos servicios podrán ofrecerse con un plan nutricional debidamente completado por un/a nutricionista o mediante certificación médica en la cual el médico especifique las comidas o los alimentos que debe o no debe ingerir el participante según sus condiciones de salud.

Además, en esta categoría se incluye la provisión de artículos que no son alimentos, mediante la entrega de un kit o un vale para adquirir artículos de higiene personal y/o productos para la limpieza del hogar. En el caso de los kits con productos de higiene personal o de limpieza del hogar, un kit entregado equivale a una unidad de servicio. No obstante, se hace la aclaración que las unidades de servicio podrán modificarse o crearse para responder a cómo cada subrecipiente proyecta ofrecer estos productos, ya sea como un kit, productos individuales o vales, entre otros.

En el caso de los subrecipientes que ofrecen el servicio de alimentos enlatados o preparados y es el proveedor de transportación del subrecipiente quien realiza dicha entrega al hogar del participante, se deberá utilizar la unidad de servicio titulada alimentos a domicilio. Para la provisión de estos servicios se debe cumplir con los criterios a continuación:

- ❑ Participante con problemas de movilidad o que esté encamado
- ❑ Participante sin medios de transportación disponibles (excepto el del subrecipiente), no redes de apoyo
- ❑ Participante con necesidad apremiante de recibir los alimentos, pero consecutivamente ha faltado a sus citas para recogerlos.

Para los servicios de alimentos a domicilio, una entrega de alimentos al hogar por parte del proveedor de transportación del subrecipiente se considera una unidad de servicio.

Para la provisión de estos servicios, el referido de Manejo de Caso No Clínico debe especificar de forma clara y específica la razón por la cual el participante cualifica para recibir el servicio de alimentos a domicilio. A continuación, se comparten ejemplos que pueden utilizarse como referencia para justificar el servicio, según aplique al caso:

- ❑ El/la participante no cuenta con recursos económicos, medios de transportación ni redes de apoyo para acudir a la agencia.
- ❑ El/la participante no cuenta con recursos económicos o transportación y presenta limitaciones de movilidad o se encuentra encamado/a.
- ❑ El/la participante presenta una necesidad apremiante de recibir los alimentos y ha faltado de forma consecutiva a sus citas para recogerlos.

Asimismo, en la descripción del servicio detallada en el referido, deben especificar que la entrega de alimentos a domicilio se hace para atender la necesidad del participante y deben incluir el periodo de tiempo correspondiente a la entrega, por ejemplo: mensual o semanal.

7. **Vivienda Temporera**

   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 del subrecipiente 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 el subrecipiente 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.

8. Servicios de Rehabilitación

El manejador de caso no clínico inicia el proceso de coordinación del servicio al participante con diagnóstico positivo al VIH según la necesidad presentada en la orden o referido médico para el Servicio de Rehabilitación. Del participante expresar la necesidad del servicio, se requiere una evaluación previa por parte de un profesional de la medicina. Este servicio se define como la provisión de terapias ambulatorias relacionadas con el VIH —específicamente terapia física, ocupacional, del habla y vocacional— brindadas según un plan individualizado con el objetivo de mejorar o mantener la calidad de vida y la capacidad óptima de autocuidado del cliente.

Una vez detectada esta necesidad, el manejador se encarga de referir al participante con los proveedores licenciados para ofrecer este servicio, gestionando el referido de manera ágil para garantizar que el participante reciba la primera sesión dentro de los primeros 30 días desde su coordinación. Como parte del proceso de referido, el MCNC colaborará y facilitará al proveedor de servicios el Plan Individualizado de Servicios de Rehabilitación (**Anejo Z**) a ser completado por el profesional (i.e. Fisiatra, Patólogo del Habla, Terapista Ocupacional o Vocacional) encargado de evaluar y referir y/o proveer los servicios utilizando la información del participante y asegurando en todo momento la confidencialidad mediante el uso de un identificador único. El MCNC debe asegurar que el profesional antes mencionado integre al participante y documente que el participante

ha sido orientado sobre el plan y ha otorgado su consentimiento para su implementación.

El MCNC realizará un monitoreo continuo para fomentar la retención del participante hasta que complete el tratamiento recomendado, manteniendo una comunicación interdisciplinaria constante con el equipo de salud. Finalmente, el manejador asegura el cumplimiento administrativo documentando detalladamente cada servicio en el expediente y archivando el *Plan Individualizado de Servicios de Rehabilitación* debidamente completado y firmado. Además, deberá asegurar que el expediente cuente con la hoja de registro de cita/visita detallada para cada servicio.

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 del subrecipiente, 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 LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBVENCIONADOS

En la tabla a continuación, se presenta un resumen de la frecuencia con la que deberá 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.
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 A*dvantage*, 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

DOCUMENTO	FRECUENCIA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN
	considerando los cambios en las divulgaciones autorizadas por el participante.
8. Relevo 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 del subrecipiente 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 del subrecipiente 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 del subrecipiente 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 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 subservicio 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.

DOCUMENTO	FRECUENCIA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN
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.
23. Plan de Servicios de Rehabilitación	Este plan deberá ser actualizado al finalizar las terapias ofrecidas al participante. Se recomienda una revisión formal al menos 90 días.

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 subrecipiente 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

ANEJO A

Rev. 1/20/2026

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: *Seleccione una de las siguientes alternativas:		□ 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 *Seleccione una de las siguientes alternativas:		**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 *Seleccione 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 *Seleccione, entre los que aplique:		□ 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**

1

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.

<table>
<tr><td>Programa</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>Nombre</td><td>El nombre de la persona interesada en recibir servicios se escribirá siguiendo el siguiente orden: Apellido Paterno, Apellido Materno.</td></tr>
<tr><td>Nombre de Preferencia</td><td>Indicar el nombre de preferencia de la persona, en el caso que no quiera utilizar su nombre de nacimiento.</td></tr>
<tr><td>Seguro Social</td><td>El número de Seguro Social se escribirá completo con guiones: XXX-XX-XXXX. De no tener seguro social favor indicar 0.</td></tr>
<tr><td>Fecha de Nacimiento</td><td>La fecha de nacimiento se escribirá numérica en el siguiente formato: mes/ día/año.</td></tr>
<tr><td>Edad</td><td>Se escribirá la edad actual del participante.</td></tr>
<tr><td>Sexo</td><td>La persona identificará el sexo con el que se identifica y acorde a ello se hará la selección de la alternativa que corresponda.</td></tr>
<tr><td>Estado Civil</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>Composición Familiar</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>Información Contacto</td><td>En este encasillado se escribirá el teléfono principal de la persona. Además, se le solicitará un número de teléfono alterno en caso de que el principal no estuviera disponible. De la persona tener un correo electrónico, se escribirá el mismo en el espacio correspondiente.</td></tr>
<tr><td>Comprobación de identidad</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>Residencia en Puerto Rico</td><td>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>
<tr><th>REGIÓN</th><th>MUNICIPIOS</th></tr>
<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>
</table></td></tr>
<tr><td>Dirección física</td><td>Se escribirá la dirección donde reside la persona.</td></tr>
<tr><td>Dirección postal</td><td>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 Dirección igual a la física.</td></tr>
</table>

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 alteralivas, 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 *Notificación de Decisión-Solicitud de Beneficios Médicos*, 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, *Advantage* 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 *Certifico que toda la información*...
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.

Autorización para Compartir Información de Salud Protegida del Participante a través del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico

Yo, _____,
(Nombre del Asegurado/a)

_____autorizo

_____no autorizo

a _____ a proveer la información de salud 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 autorizada a compartirse 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 recibe servicios, donde 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 que cumple con la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información de salud protegida según las leyes y regulaciones estatales, federales, presentes y futuras, y con las políticas y procedimientos del **Departamento de Salud de Puerto Rico/Programa Ryan White Parte B/ADAP**, relacionadas con la recopilación, almacenamiento, recuperación y diseminación de información de salud o financiera de sus clientes y/o aseguradas y/o participante en un plan de salud. Los usuarios autorizados a la base de datos tendrán acceso 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.

Esta autorización caducará en un (1) año a partir de la fecha de mi firma, a menos que revoque esta autorización anticipadamente. **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: _____/ _____ /_____
Mes Día Año

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

AUTODECLARACIÓN DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Apellidos _____ **Nombre** _____ **Inicial** _____

Fecha De Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ **Últimos 4 dígitos del Seguro Social*** **o Número de ADAP** XXX-XX-_____

INGRESOS

Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: (*favor inicial la opción que le aplique*)

_____ Trabajo a tiempo parcial o completo en: _____
Ocupación o trabajo realizado: _____
Salario mensual promedio: $_____

_____ Mis ingresos provienen de:
Retiro / Jubilación: $_____ Seguro Social: $_____

_____ 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: $_____

RESIDENCIA

Cumplo con el requisito de ser residente permanente de alguno de los 78 municipios de Puerto Rico de la siguiente manera: (*favor inicial la opción que le aplique*)

_____ 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

ASEGURAMIENTO

Cumplo con el requisito de aseguramiento médico de la siguiente manera: (*favor inicial*)

_____ 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) _____

MTR 08/2026

* Proveer el número de Seguro Social (ya sea completo o parcial) es totalmente voluntario. La persona tiene derecho a negarse; de ser esta su decisión no se le denegará el servicio ni se verá afectado la evaluación de la solicitud.

Proceso Alterno para Determinación de Elegibilidad de Personas con Diagnóstico Positivo al VIH que No Cumplen con los Criterios de Elegibilidad del Programa Medicaid, Cuentan con Aseguramiento de Salud y otras Excepciones

I. Principios

El Programa Ryan White Parte B/ADAP reconoce que algunas personas con diagnóstico positivo al VIH pueden enfrentar barreras significativas para costear su tratamiento y acceder a los servicios de salud y apoyo, que son necesarios para mejorar sus resultados de salud. Con mayor particularidad para quienes no cuentan con un seguro de salud o para quienes, aun teniendo cobertura, determinados servicios no están cubiertos o su cobertura es limitada.

En atención a estas circunstancias, se establece este proceso alterno para la determinación de elegibilidad de las personas con diagnóstico de VIH que no son elegibles para el Programa Medicaid o que cuentan con un seguro de salud, con el propósito de:

- Garantizar el rápido acceso a los servicios esenciales de salud y apoyo para las personas con diagnóstico de VIH elegibles
- Llenar las brechas en el acceso a los servicios elegibles que no están cubiertos o que están parcialmente cubiertos por otras fuentes de pago
- Evitar dilaciones o interrupciones en el tratamiento antirretroviral y otros servicios especializados para VIH
- Proveer una evaluación uniforme que facilite el documentar la elegibilidad de las personas con diagnóstico positivo al VIH que cumplen con los criterios de inclusión establecidos en este procedimiento
- Cumplir con las guías establecidas en el *HRSA HAB PCN 21-02* para la determinación de elegibilidad y el principio de "pagador de último recurso" (*payer of last resort*), asegurando que no existan otros recursos razonablemente disponibles para costear los servicios.

II. Propósito

En cumplimiento del HRSA HAB PCN 21-02, este procedimiento tiene como propósito facilitar el acceso a los servicios del Programa Ryan White Parte B/ADAP (PRWBA) que se proveen a través de los centros clínicos, agencias subrecipientes y proveedores de la red externa de ADAP, asegurando el cumplimiento de los criterios de elegibilidad aplicables. Específicamente, este procedimiento establece un proceso alterno para facilitar la determinación de elegibilidad de las personas con diagnóstico de VIH que no cumplen con los criterios de elegibilidad del Programa Medicaid o aquellas que cuentan con aseguramiento de salud, por lo que no es requerido que sean evaluadas por este programa. Para asegurar el acceso rápido a la determinación de elegibilidad para los servicios subvencionados por el PRWBA, este procedimiento aplicará a las personas con diagnóstico positivo de VIH cuya información demuestre que:

1) No cumplen con los criterios establecidos por el Programa Medicaid, incluyendo el que su información financiera demuestre que sobrepasan los límites económicos establecidos por este Programa;
2) Cuentan con aseguramiento de salud (privado, patronal o Medicare) vigente y no desean acogerse al Plan de Salud del Gobierno de P.R. (PSG- Vital) porque ya cuentan con aseguramiento (ej. empleados públicos);
3) Excepciones: personas que no pueden ser evaluadas por el Programa Medicaid por razones de confidencialidad u otras (p. ej., empleados de Medicaid).

III. Aplicabilidad

Este procedimiento se aplicará a las personas con diagnóstico positivo de VIH que requieran algún servicio subvencionado por el PRWBA y no cualifiquen para el Programa de Medicaid, por lo que el PRWBA no les requerirá ser evaluados por dicho programa. Esta condición podrá deberse a que su información financiera evidencia ingresos superiores a los límites económicos establecidos por Medicaid; cuentan con un seguro de salud vigente y no desean acogerse al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSG–Vital); o cumplen con alguna de las excepciones previamente establecidas.

Además de los criterios previamente especificados, el participante deberá cumplir los criterios de elegibilidad establecidos por el PRWBA. Estos son:

a. Comprobar su identidad
b. Confirmar el diagnóstico de VIH
c. Residir en Puerto Rico
d. Cumplir con un ingreso igual o inferior al 400% del Nivel de Pobreza Federal o según la política vigente.
e. Cumplir con el principio de "pagador de último recurso" (*payer of last resort*) al no contar con seguro de salud o el tener un seguro de salud con cubierta limitada (como Medicaid, Medicare y otros seguros médicos privados).

IV. Procedimiento para Determinación de Elegibilidad Alterno

Paso 1. Solicitud Inicial

El personal de manejo de caso del centro clínico o de la agencia subrecipiente del PRWBA orientará a la persona solicitante sobre los documentos que deberá presentar para determinar su elegibilidad. Si el participante no es elegible para el Programa Medicaid o cuenta con un seguro médico y no desea acogerse al PSG-Vital, no se le requerirá pasar por la evaluación del Programa Medicaid y se aplicará este procedimiento alterno para facilitar el acceso a los servicios del PRWBA, de resultar elegible para los mismos. No obstante, deberá evidenciarse que el participante cumple con todos los criterios de elegibilidad requeridos por el PRWBA. En estos casos, para determinar la elegibilidad del participante, se utilizarán las evidencias de identidad, diagnóstico de VIH, residencia en P.R. (p. ej., facturas de servicios de utilidades), ingresos (p. ej., planilla estatal o federal, formulario W-2, declaración anual de Seguro Social o ingreso declarado por el solicitante) y seguro o seguros de salud vigentes.

Paso 2. Elegibilidad Económica

A partir de la información recopilada, se calculará el ingreso de elegibilidad del participante conforme a las guías establecidas a continuación para la evaluación de los ingresos y los costos acreditables. La consideración de los costos acreditables se aplicará únicamente cuando el ingreso bruto del participante exceda el 400 % del Nivel de Pobreza Federal (NPF) aplicable.

1. Ingresos:

   Para realizar la evaluación económica, se deberán considerar las guías detalladas a continuación para determinar los ingresos.

   a. **Personas que rinden planilla estatal o federal:** se utilizará el **Ingreso Sujeto a Contribución (ISC).** Para identificar el ISC:
      1) Planilla estatal con evidencia de aceptada/recibida por el Departamento de Hacienda de P.R.:
         i. Individuo- Ver Ingreso Neto Sujeto a Contribución en página 2, Encasillado 2, inciso 13
         ii. Casados que rinden planilla conjunta- Ver Ingreso Neto Sujeto a Contribución en Anejo CO Individuo, Parte II, inciso 11; en el caso de no contar con el anejo CO se solicitará las evidencias de ingreso (W-2 o 480s).

      2) Planilla federal con evidencia de aceptada/recibida por el Internal Revenue Service (IRS) de los EE. UU.:
         i. Individuo- Ver Ingreso Bruto Ajustado en las diversas versiones del Formulario 1040 (1040-SS, 1040-SS (SP), 1040-SP, 1040 US, 1040-SR(SP), 1040-SR), según identificado en el Anejo 4.
         ii. Casados que rinden planilla conjunta- ver formularios W-2 y 1099 adjuntos a la planilla federal.

   b. **Personas que no rinden planilla**- Van a ser considerados los ingresos especificados en la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad[1] (Anejo 1) siguiendo las guías detalladas a continuación:
      1) **No elegibles a Medicaid**- Se va a utilizar el ingreso declarado por el solicitante.
      2) **Retirados o jubilados**- Se utilizará el formulario 480.7 C (Declaración Informativa- Planes de Retiro y Anualidades),

[1] Referirse al Manual de Elegibilidad de ADAP o a la Guía de Manejo de Caso No Clínico.

estado bancario que indique el depósito recibido por pensión, talonario de pago o depósito de pensión.

3) **Personas que reciben Seguro Social (SS)**- Declaración anual de beneficios de Seguro Social (Formulario SSA-1099).
4) **Cuentapropista:** Se utilizará el ingreso declarado por el solicitante.

2. Costos Acreditables:

Para las **personas cuyo ISC exceda el 400% del NPF aplicable,** se realizarán los siguientes ajustes o créditos, según apliquen a cada caso:

a. **Gastos en medicamentos**- Se utilizará la **Certificación sobre Gastos de Medicamentos para Determinación de Elegibilidad Económica del PRWBA (Anejo 2)** para identificar el gasto total en medicamentos del participante, considerando las siguientes guías:
    i. Personas con seguro médico: se restará el costo de los deducibles, copagos o coaseguros de los medicamentos, o el costo total de los medicamentos no cubiertos por el seguro médico del participante.
    ii. Personas sin seguro médico: se descontará el costo total del medicamento.

b. **Pago de prima de seguro médico**: Se ajustará la aportación o el costo total de la prima del seguro médico del solicitante de conformidad con las guías a continuación:

    a. Personas con aportación patronal: Se ajustará la aportación al pago de la prima de seguro médico que la persona realiza en exceso de la aportación patronal.
        i. Evidencia para solicitar: talonarios de pago de sueldos o salarios, o certificación de la aseguradora o del patrono.

b. Personas sin aportación patronal: Se ajustará el pago total realizado por la persona para la prima del seguro médico.
    i. Evidencia para solicitar: certificación del plan médico, factura del plan o estado bancario del débito directo realizado para el pago de la prima del seguro médico.

El personal de manejo de caso clínico o el personal asignado, considerando las evidencias de ingreso antes mencionadas, seguirá el proceso habitual para cumplimentar el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico. A modo de aclaración, en el renglón del criterio de elegibilidad económica se indicará el nivel de pobreza federal —utilizando la información de ingresos disponible. **El formulario y las evidencias de los criterios de elegibilidad** se subirán al Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, de acuerdo con las instrucciones específicas establecidas en el Manual del Sistema de Elegibilidad.

Para recibir los servicios subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP, una vez culminado el proceso habitual de documentación del Sistema de Elegibilidad, las **Oficiales de Elegibilidad de ADAP o los manejadores de caso no clínico en las agencias subrecipientes** procederán a evaluar la elegibilidad según la solicitud del servicio identificado. Es decir, se tomarán en consideración las evidencias de ingresos presentadas por el participante, tales como la planilla estatal o federal, el formulario W-2, la declaración anual del Seguro Social o el ingreso declarado por el solicitante. Tanto en ADAP como en las agencias subrecipientes se utilizará la herramienta de la *Hoja de Cálculo del Ingreso de Elegibilidad (Anejo 3)* para determinar la elegibilidad del participante. Como parte de este proceso, cuando el ingreso bruto del participante exceda el 400 % del Nivel de Pobreza Federal (NPF) aplicable, se considerará la composición familiar y, según corresponda, los gastos por concepto de medicamentos y/o el pago de primas de seguro médico para determinar el ingreso de elegibilidad.

En términos generales, al realizar la evaluación de elegibilidad económica se deberá considerar que:

- El participante supera el límite económico de Medicaid, pero sus ingresos están en o por debajo del 400% del NPF aplicable a su composición familiar.
- Cumple con todos los criterios de elegibilidad del Programa Ryan White Parte B/ADAP, incluida la política aplicable de pagador de último recurso.

Paso 3. Determinación y Confirmación de Elegibilidad

Una vez se haya calculado el ingreso de elegibilidad del participante y se evidencie que está en o bajo el 400% del Nivel de Pobreza Federal aplicable, para determinar la elegibilidad del participante, se utilizarán las evidencias de identidad, diagnóstico de VIH, residencia en P.R., y seguro de salud vigente para cumplimentar el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico. En el caso de ADAP, tomando en cuenta la información sobre el seguro de salud, las Oficiales de Elegibilidad determinarán la elegibilidad del participante a la Categoría de Servicio que aplique, según el aseguramiento del solicitante.

Una vez que el participante consienta, se compartirá el Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico, así como las evidencias de cumplimiento de los criterios de elegibilidad correspondientes, en la base de datos del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico.

Es importante recalcar que, en todos los casos, se documentará la elegibilidad mediante el *Formulario vigente de Elegibilidad para Recibir Servicios de Ryan White en Puerto Rico* y la documentación de apoyo que evidencie cada uno de los criterios a evaluarse. En aquellos casos que aplique, además de este formulario de elegibilidad, se utilizará la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad para documentar los ingresos del solicitante, acompañada de las evidencias requeridas, conforme a las guías especificadas en la sección previa de elegibilidad económica del presente procedimiento.

La vigencia de la elegibilidad en este proceso alterno será de seis (6) o doce (12) meses, de conformidad con las particularidades de cada caso. Para determinar el periodo de vigencia de la elegibilidad a ADAP, deberán seguirse las guías establecidas en la Sección 4 del *Manual para Determinar la*

Elegibilidad al Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH/Sida (ADAP). Asimismo, una vez culminado el periodo de elegibilidad otorgado, ADAP confirmará la elegibilidad de sus participantes conforme a las directrices establecidas en la Sección 5 del Manual para Determinar la Elegibilidad en ADAP. En términos generales, para determinar la elegibilidad bajo este proceso alterno deberán seguirse las guías detalladas a continuación:

1. Elegibilidad a corto plazo

   - **Personas que se encuentran en proceso de evaluación para entrada o reingreso a un seguro médico**- Si el participante se encuentra en proceso de evaluación para entrada a un seguro médico, la elegibilidad tendrá una vigencia de 30 días y puede ser extendida por periodos adicionales de 30 días hasta un máximo de 90 días. Este periodo adicional puede otorgarse hasta obtener la decisión final sobre la elegibilidad para el seguro médico al que solicitaba ingresar o reingresar. Una vez se obtenga la decisión final de ingreso/reingreso al seguro médico, se podrá realizar el proceso de confirmación de elegibilidad.

     En términos generales, para el proceso de determinación o confirmación de elegibilidad a corto plazo, en el caso de ADAP deberán observarse las guías establecidas en el Manual para Determinar Elegibilidad al Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH/Sida (ADAP), y para las agencias subrecipientes se utilizarán la Guía de Manejo de Caso No Clínico para Subrecipientes, los Estándares de Servicios y los comunicados oficiales del PRWBA.

2. Determinación de Elegibilidad

   - **No Asegurados**: En el caso de las personas con diagnóstico positivo de VIH que no son elegibles para el Programa Medicaid y no cuentan con un seguro de salud; no se les requiere ser evaluados por dicho Programa y se les aplicará este procedimiento alterno. De resultar elegibles al PRWBA, se realizará

una determinación o confirmación de elegibilidad a corto plazo, con una vigencia de 6 meses.

- **Asegurados:** En el caso de las personas con diagnóstico positivo de VIH que cuentan con un seguro de salud (privado, patronal o Medicare) y resulten elegibles al PRWBA al aplicarse este procedimiento alterno, se les realizará una determinación o confirmación de elegibilidad hasta un máximo de 12 meses (anual), ajustada a la fecha de vencimiento del seguro médico del participante. En estos casos, si la vigencia del seguro médico expira antes de que se complete el periodo de 12 meses, la vigencia de la elegibilidad deberá ajustarse a la fecha de vencimiento de dicho seguro. De producirse cambios en los ingresos, la residencia y el estatus de aseguramiento del participante, deberá realizarse una reevaluación del caso para confirmar si el participante continúa siendo elegible para los servicios del PRWBA.

Para participantes evaluados por el Programa de Medicaid, que son elegibles a dicho Programa, se seguirán los procedimientos de determinación y confirmación de elegibilidad establecidos en el *Manual para Determinar Elegibilidad al Programa de Asistencia e Medicamentos para VIH* (ADAP), la Guía de Manejo de Caso No Clínico para Subrecipientes y los Estándares de Servicios vigentes del PRWBA. Situaciones particulares relacionadas con la determinación de la elegibilidad de participantes elegibles para este proceso alterno que no hayan sido contempladas en este procedimiento deberán ser canalizadas al PRWBA.

Paso 4. Documentación en el expediente y en CAREWare

Para los medicamentos y otros servicios coordinados a través de ADAP, la elegibilidad del participante deberá documentarse en el expediente digital *SharePoint ADAP-RW*, así como en la base de datos del *CAREWare* y en la Bitácora de Elegibilidades a Corto Plazo, según corresponda.

Para los servicios ofrecidos a través de las agencias subrecipientes, la elegibilidad del participante deberá documentarse en el expediente de la

agencia y en la base de datos de CAREWare, mediante la determinación o confirmación de la elegibilidad, según corresponda.

V. Guía para el Cumplimiento

El procedimiento alterno para la determinación de elegibilidad detallado aplica únicamente a la determinación y confirmación de la elegibilidad de los solicitantes o participantes que cumplen con los criterios de inclusión especificados en las secciones de *Propósito y Aplicabilidad* del presente documento. Por tanto, este proceso alterno no sustituye los procesos de determinación y confirmación de elegibilidad establecidos en los Estándares de Servicios, la Guía de Manejo de Caso No Clínico para los Subrecipientes, el Manual para Determinar Elegibilidad al Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH (ADAP), las disposiciones de *HRSA/HAB* y otros comunicados oficiales del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Vo.Bo._____
Norma I. Delgado Mercado, M.A., PhD
Directora
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Fecha de Aprobación: 1ro de octubre de 2026

ANEJOS

ANEJOS

Anejo 1

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

AUTODECLARACIÓN DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Apellidos _____ **Nombre** _____ **Inicial** _____

Fecha De Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ **XXX-XX-** _____ **Últimos 4 dígitos del Seguro Social* o Número de ADAP**

INGRESOS

Mi sustento económico proviene de alguna de las siguientes fuentes: (*favor iniciar la opción que le aplique*)

_____ Trabajo a tiempo parcial o completo en: _____
Ocupación o trabajo realizado: _____
Salario mensual promedio: $_____

_____ Mis ingresos provienen de:
Retiro / Jubilación: $_____ Seguro Social: $_____

_____ 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: $_____

RESIDENCIA

Cumplo con el requisito de ser residente permanente de alguno de los 78 municipios de Puerto Rico de la siguiente manera: (*favor iniciar la opción que le aplique*)

_____ 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

ASEGURAMIENTO

Cumplo con el requisito de aseguramiento médico de la siguiente manera: (*favor iniciar*)

_____ 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)

* Proveer el número de Seguro Social (ya sea completo o parcial) es totalmente voluntario. La persona tiene derecho a negarse; de ser esta su decisión no se le denegará el servicio ni se verá afectado la evaluación de la solicitud.

Anejo 2

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

CERTIFICACION SOBRE GASTOS EN MEDICAMENTOS PARA DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD ECONOMICA DEL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B / ADAP

CERTIFICACION DEL MEDICO	**CERTIFICACION DEL FARMACEUTICO**	
Certifico que: _____ Nombre del Solicitante (letra de molde) es mi paciente y le prescribo los siguientes medicamentos:	Certifico que la farmacia despacha los siguientes medicamentos y que el costo mensual a pagar por los medicamentos es el siguiente:	
	Costo del medicamento	Cantidad a pagar por el solicitante (*out-of-pocket*)
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
Nombre del Médico:	**Nombre del Farmacéutico:**	
Firma del Médico:	**Firma del Farmacéutico:**	
Número de Licencia:	**Número de Licencia:**	
Fecha:	**Fecha:**	
Centro Clínico:	**Nombre de la Farmacia:**	

Toda persona que, a sabiendas, provea información falsa, incompleta o engañosa con el fin de obtener beneficios del Programa Ryan White Parte B / ADAP podrá ser referida al Departamento de Salud, el cual podría tomar las acciones administrativas o iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.

Instrucciones para el personal de Manejo de Caso:

* Proveer el número de Seguro Social (ya sea completo o parcial) es totalmente voluntario. La persona tiene derecho a negarse; de ser esta su decisión no se le denegará el servicio ni se verá afectado la evaluación de la solicitud.

El documento deberá ser completado en todas sus partes tanto por el médico que prescribe los medicamentos como por el farmacéutico que los dispensa al solicitante. El solicitante podrá presentar más de una certificación, en caso de que sus medicamentos sean recetados por distintos proveedores médicos.

Instrucciones para el Médico:

1. Provea el nombre completo del solicitante;
2. Enumere todos los medicamentos que se le prescriben al solicitante, incluyendo:
    a. Medicamentos de uso continuo o mantenimiento
    b. Medicamentos temporeros
    c. Medicamentos "*over the counter*" (OTC)
3. Incluya su nombre completo, su firma, su número de licencia, fecha en que firma este documento y el nombre del centro clínico donde provee los servicios al solicitante.

Instrucciones para el Farmacéutico:

1. Certifique que el medicamento indicado por el médico coincide con el que se está cotizando.
2. Detalle los costos:
    a. Costo total del medicamento (precio de venta al público o precio contractual, según aplique)
    b. Cantidad a pagar por el solicitante (*out-of-pocket*)
        i. Esto pudiese corresponder a copagos, coaseguros, deducibles y/o cualquier monto no cubierto, aplicable al solicitante.
3. Incluya su nombre completo, su firma, número de licencia, en que firma este documento y nombre de la farmacia en la cual brinda servicios al solicitante.

Anejo 3

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Hoja de Cálculo para la Determinación de Elegibilidad Económica

Entidad: _____

Hoja de Cálculo del Ingreso de Elegibilidad		
Nombre:		
Fecha:		
Núm. de Record/Núm. ADAP:		
Núcleo familiar:		

I. Ingresos*:	**A. Mensual:**		
	1	Salario/Sueldo	-
	2	Seguro Social	-
	3	Retiro	-
	4	Beneficio de Veterano	-
		Total	**$** -

II. Gastos de Medicamentos			
	1.		-
	2.		-
	3.		-
	4.		-
	5.		-
	6.		-
	7.		-
	8.		-
	9.		-
	10.		-
		Total:	**$** -

III. Gastos de Prima			
	1.	Personas con aportación patronal	-
	2.	Personas sin aportación patronal	-
		Total:	**$** -

IV. Ingreso de Elegibilidad:		
	I. Ingresos:	-
	II. Gastos de Medicamentos:	-
	III. Gastos de Prima:	-
	Total:	**$** -

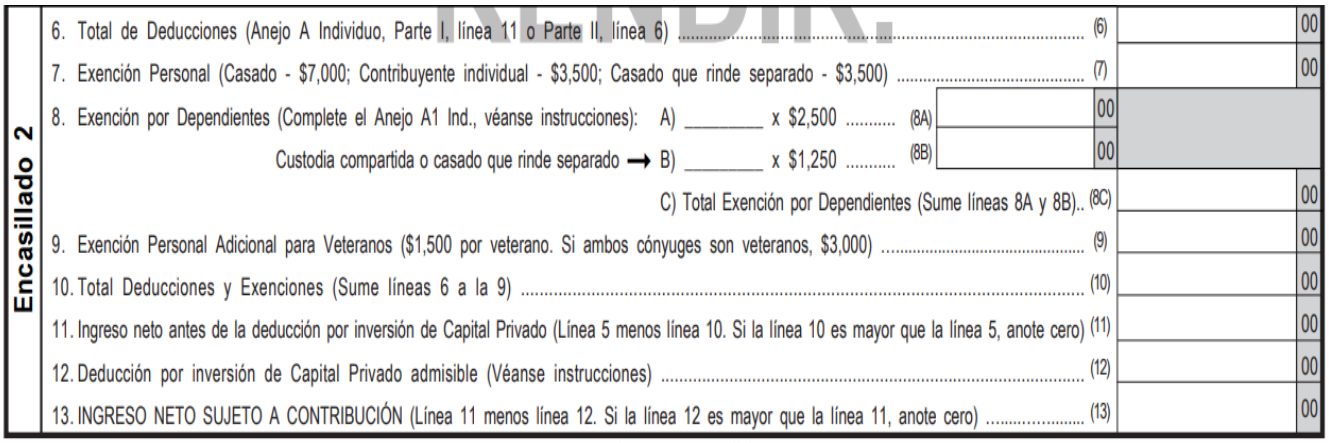
*** Salario/ sueldo (talonarios), seguro social, retiro y beneficios de veteranos.**

Leyenda frecuencia del Pago	
Para obtener el Ingreso mensual	**Multiplicado por**
Semanal	4.3
Bi-semanal	2.15
Quincenal	2

Anejo 4

Modelos de Planillas Estatal o Federal

MODELO 482: PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS DE PUERTO RICO



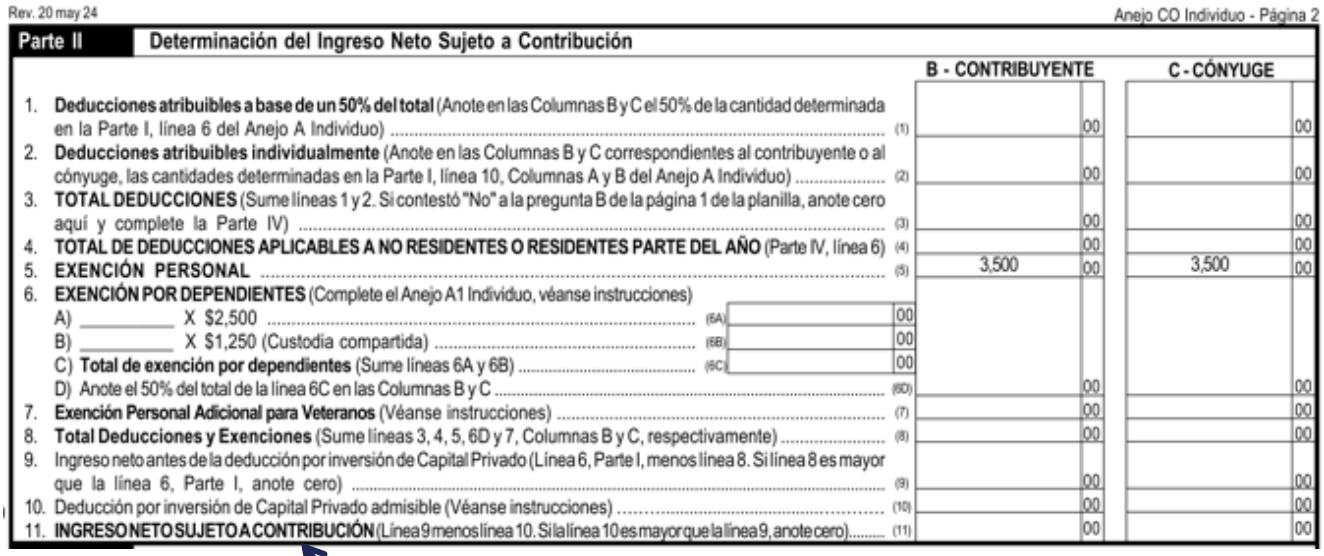
Encasillado 2

6. Total de Deducciones (Anejo A Individuo, Parte I, línea 11 o Parte II, línea 6)	(6)		00
7. Exención Personal (Casado - $7,000; Contribuyente individual - $3,500; Casado que rinde separado - $3,500)	(7)		00
8. Exención por Dependientes (Complete el Anejo A1 Ind., véanse instrucciones): A) _____ x $2,500	(8A)	00	
Custodia compartida o casado que rinde separado → B) _____ x $1,250	(8B)	00	
C) Total Exención por Dependientes (Sume líneas 8A y 8B)	(8C)		00
9. Exención Personal Adicional para Veteranos ($1,500 por veterano. Si ambos cónyuges son veteranos, $3,000)	(9)		00
10. Total Deducciones y Exenciones (Sume líneas 6 a la 9)	(10)		00
11. Ingreso neto antes de la deducción por inversión de Capital Privado (Línea 5 menos línea 10. Si la línea 10 es mayor que la línea 5, anote cero)	(11)		00
12. Deducción por inversión de Capital Privado admisible (Véanse instrucciones)	(12)		00
13. INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCIÓN (Línea 11 menos línea 12. Si la línea 12 es mayor que la línea 11, anote cero)	(13)		00

Período de Conservación: Diez (10) años

Página #2, encasillado #2, línea #13 "Ingreso Neto Sujeto a Contribución"

Anejo CO Individuo



Rev. 20 may 24

Anejo CO Individuo - Página 2

Parte II Determinación del Ingreso Neto Sujeto a Contribución

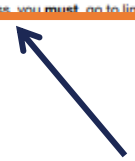
		B - CONTRIBUYENTE	C - CÓNYUGE
1. **Deducciones atribuibles a base de un 50% del total** (Anote en las Columnas B y C el 50% de la cantidad determinada en la Parte I, línea 6 del Anejo A Individuo)	(1)	00	00
2. **Deducciones atribuibles individualmente** (Anote en las Columnas B y C correspondientes al contribuyente o al cónyuge, las cantidades determinadas en la Parte I, línea 10, Columnas A y B del Anejo A Individuo)	(2)	00	00
3. **TOTAL DEDUCCIONES** (Sume líneas 1 y 2. Si contestó "No" a la pregunta B de la página 1 de la planilla, anote cero aquí y complete la Parte IV)	(3)	00	00
4. **TOTAL DE DEDUCCIONES APLICABLES A NO RESIDENTES O RESIDENTES PARTE DEL AÑO** (Parte IV, línea 6)	(4)	00	00
5. **EXENCIÓN PERSONAL**	(5)	3,500 00	3,500 00
6. **EXENCIÓN POR DEPENDIENTES** (Complete el Anejo A1 Individuo, véanse instrucciones)			
A) _____ X $2,500	(6A)	00	
B) _____ X $1,250 (Custodia compartida)	(6B)	00	
C) **Total de exención por dependientes** (Sume líneas 6A y 6B)	(6C)	00	
D) Anote el 50% del total de la línea 6C en las Columnas B y C	(6D)	00	00
7. **Exención Personal Adicional para Veteranos** (Véanse instrucciones)	(7)	00	00
8. **Total Deducciones y Exenciones** (Sume líneas 3, 4, 5, 6D y 7, Columnas B y C, respectivamente)	(8)	00	00
9. Ingreso neto antes de la deducción por inversión de Capital Privado (Línea 6, Parte I, menos línea 8. Si línea 8 es mayor que la línea 6, Parte I, anote cero)	(9)	00	00
10. Deducción por inversión de Capital Privado admisible (Véanse instrucciones)	(10)	00	00
11. **INGRESO NETO SUJETO A CONTRIBUCIÓN** (Línea 9 menos línea 10. Si la línea 10 es mayor que la línea 9, anote cero)	(11)	00	00

Anejo CO Individuo, Página 2, Parte II, Inciso 11

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales

Modelo 1040-SS

7	**Gross income.** Add lines 5 and 6					7	
Part II	**Expenses.** Enter expenses for business use of your home **only** on line 30.						
8	Advertising	8		18	Office expense (see instructions)	18	
9	Car and truck expenses (see instructions)	9		19	Pension and profit-sharing plans	19	
10	Commissions and fees	10		20	Rent or lease (see instructions):		
11	Contract labor (see instructions)	11		a	Vehicles, machinery, and equipment	20a	
12	Depletion	12		b	Other business property	20b	
13	Depreciation and section 179 expense deduction (not included in Part III) (see instructions)	13		21	Repairs and maintenance	21	
14	Employee benefit programs (other than on line 19)	14		22	Supplies (not included in Part III)	22	
15	Insurance (other than health)	15		23	Taxes and licenses	23	
16	Interest (see instructions):			24	Travel and meals:		
a	Mortgage (paid to banks, etc.)	16a		a	Travel	24a	
b	Other	16b		b	Deductible meals (see instructions)	24b	
17	Legal and professional services	17		25	Utilities	25	
				26	Wages (less employment credits)	26	
				27a	Energy efficient commercial bldgs deduction (attach Form 7205)	27a	
				b	Other expenses (from line 48)	27b	
28	**Total expenses** before expenses for business use of home. Add lines 8 through 27b					28	
29	Tentative profit or (loss). Subtract line 28 from line 7					29	
30	Expenses for business use of your home. Do not report these expenses elsewhere. Attach Form 8829 unless using the simplified method. See instructions. **Simplified method filers only:** Enter the total square footage of (a) your home: _____ and (b) the part of your home used for business: _____. Use the Simplified Method Worksheet in the instructions to figure the amount to enter on line 30					30	
31	**Net profit or (loss).** Subtract line 30 from line 29. • If a profit, enter on both **Schedule 1 (Form 1040), line 3,** and on **Schedule SE, line 2.** (If you checked the box on line 1, see instructions.) Estates and trusts, enter on **Form 1041, line 3.** • If a loss, you **must** go to line 32					31	



Schedule C, Parte #2, línea #31, titulado "Net profit or (loss)"

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales
Modelo 1040-SS (SP)

ANEXO SE
(Formulario 1040)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Impuesto sobre el Trabajo por Cuenta Propia

Adjunte al Formulario 1040, 1040-SR, 1040-SS o 1040-NR.
Visite *www.irs.gov/ScheduleSESP* para obtener las instrucciones y la información más reciente.

OMB No. 1545-0074
2025
Attachment Sequence No. **17**

Nombre de la persona con ingresos del trabajo por cuenta propia (según aparece en el Formulario 1040, 1040-SR, 1040-SS o 1040-NR)

Número de Seguro Social de la persona con ingresos del **trabajo por cuenta propia**

Parte I **Impuesto sobre el Trabajo por Cuenta Propia**

Nota: Si su único ingreso sujeto al impuesto sobre el trabajo por cuenta propia es el **ingreso como empleado de una iglesia**, vea las instrucciones sobre cómo declarar su ingreso y la definición de ingreso como empleado de una iglesia.

A Si es ministro, miembro de una orden religiosa o practicante de la Ciencia Cristiana **y** presentó el Formulario 4361, pero obtuvo **otros** ingresos netos de $400 o más del trabajo por cuenta propia, marque aquí y continúe con la Parte I . . . . ☐

Omita las líneas **1a** y **1b** si usa el método opcional agropecuario en la Parte II. Vea las instrucciones.

1a	Ganancia o (pérdida) agropecuaria neta de la línea **34** del Anexo F y de la casilla **14** del Anexo K-1 (Formulario 1065) con el código A que haya recibido de una sociedad colectiva agropecuaria . . .	**1a**	
b	Si recibió beneficios de jubilación o por incapacidad del Seguro Social, anote la cantidad de pagos del Programa de Reservas para la Conservación incluida en la línea **4b** del Anexo F o listada en la casilla **20** del Anexo K-1 (Formulario 1065) con el código AQ	**1b**	( )

Omita la línea **2** si usa el método opcional no agropecuario en la Parte II. Vea las instrucciones.

2	Ganancia o (pérdida) neta de la línea **31** del Anexo C y de la casilla **14** del Anexo K-1 (Formulario 1065) con el código A (que no sea agropecuaria). Vea las instrucciones para otros ingresos que declarar o si es ministro o miembro de una orden religiosa	**2**	



Anexo SE, Parte #1, línea #2, titulado "Ganancia o (pérdida)"

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales
Modelo 1040-SP

Formulario 1040 (2025) Página **2**

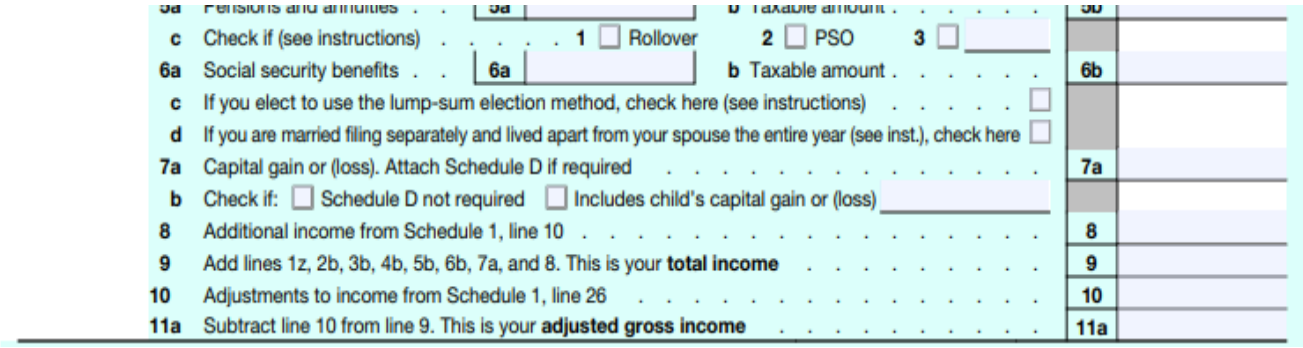
10	Ajustes al ingreso de la línea **26** del Anexo 1	**10**	
11a	Reste la línea **10** de la línea **9**. Éste es su **ingreso bruto ajustado**	**11a**	



Página #2, línea #11a, titulado “adjusted gross income”

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales

Formulario: 1040-US

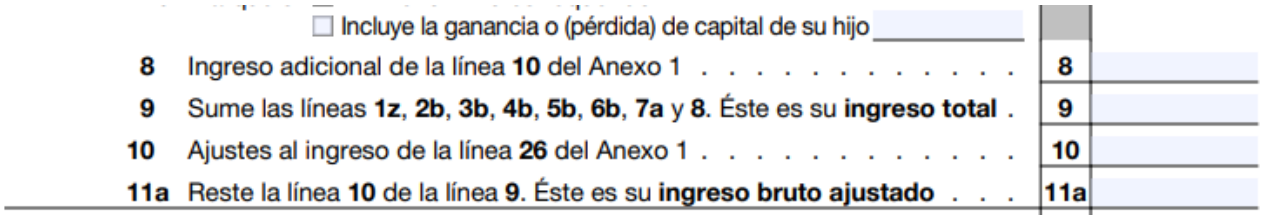


c	Check if (see instructions) . . . . . 1 ☐ Rollover 2 ☐ PSO 3 ☐		
6a	Social security benefits . . 6a	b Taxable amount	6b
c	If you elect to use the lump-sum election method, check here (see instructions) . . . . . ☐		
d	If you are married filing separately and lived apart from your spouse the entire year (see inst.), check here ☐		
7a	Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required		7a
b	Check if: ☐ Schedule D not required ☐ Includes child's capital gain or (loss)		
8	Additional income from Schedule 1, line 10		8
9	Add lines 1z, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7a, and 8. This is your **total income**		9
10	Adjustments to income from Schedule 1, line 26		10
11a	Subtract line 10 from line 9. This is your **adjusted gross income**		11a

Página #1, línea #11a, titulado “adjusted gross income”

Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales

Formulario: 1040-SR (SP)



	☐ Incluye la ganancia o (pérdida) de capital de su hijo		
8	Ingreso adicional de la línea **10** del Anexo 1	8	
9	Sume las líneas **1z**, **2b**, **3b**, **4b**, **5b**, **6b**, **7a** y **8**. Éste es su **ingreso total** .	9	
10	Ajustes al ingreso de la línea **26** del Anexo 1	10	
11a	Reste la línea **10** de la línea **9**. Éste es su **ingreso bruto ajustado** . . .	11a	

Página #2, línea #11a, titulado “ingreso bruto ajustado”

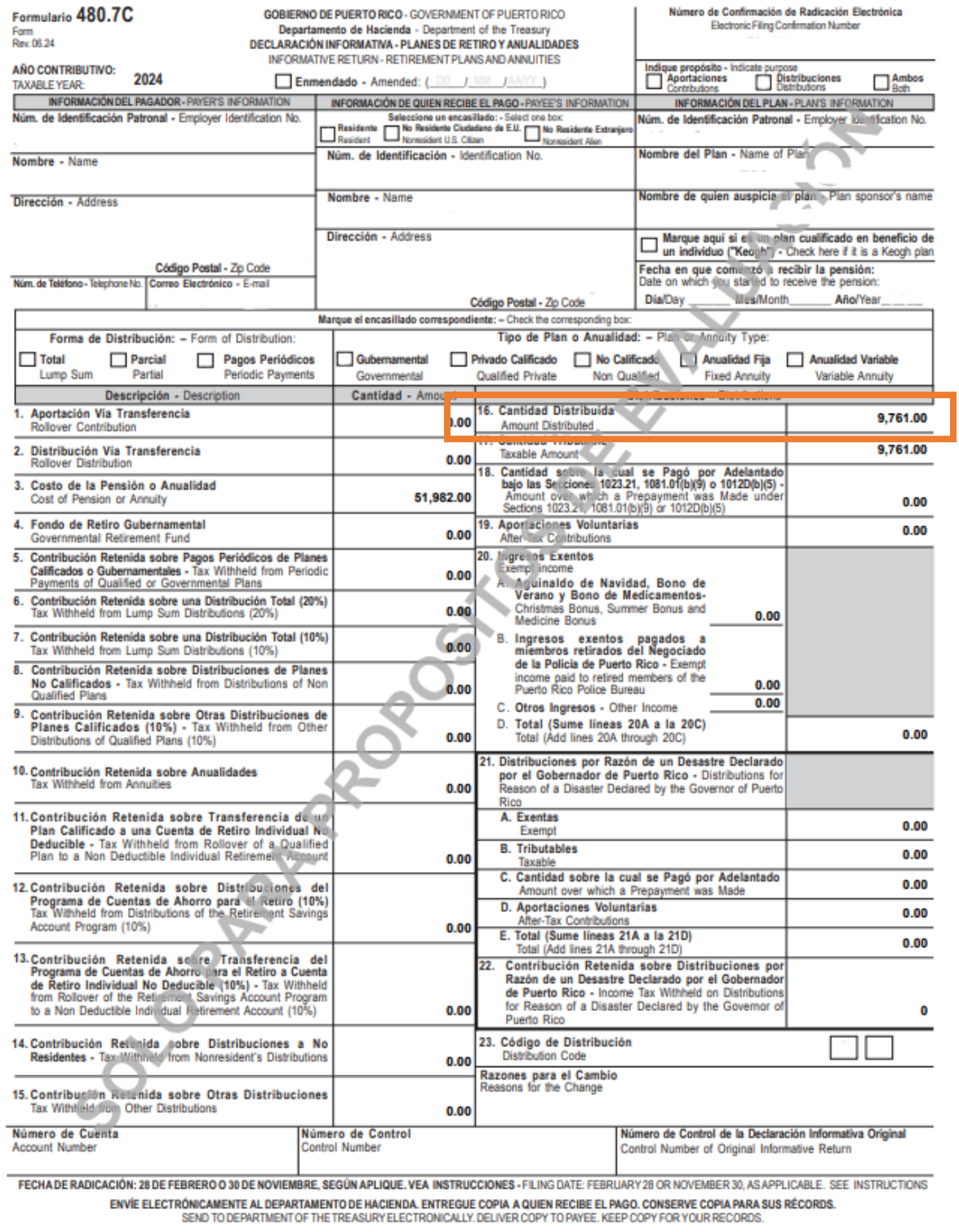
Declaración de Impuestos de los Estados Unidos Sobre los Ingresos Personales
Formulario 1040-SR

8	Additional income from Schedule 1, line 10	**8**	
9	Add lines 1z, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7a, and 8. This is your **total income** . .	**9**	
10	Adjustments to income from Schedule 1, line 26	**10**	
11a	Subtract line 10 from line 9. This is your **adjusted gross income** . . .	**11a**	



Página #2, línea #11a, titulado “ingreso bruto ajustado”

Formulario 480.7C: Declaración Informativa de Planes de Retiro y Anualidades



Formulario **480.7C**
Form
Rev. 06.24

GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO
Departamento de Hacienda - Department of the Treasury
DECLARACIÓN INFORMATIVA - PLANES DE RETIRO Y ANUALIDADES
INFORMATIVE RETURN - RETIREMENT PLANS AND ANNUITIES

Número de Confirmación de Radicación Electrónica
Electronic Filing Confirmation Number

AÑO CONTRIBUTIVO: 2024
TAXABLE YEAR:

☐ **Enmendado** - Amended: (DD / MM / AAYY)

Indique propósito - Indicate purpose: ☐ **Aportaciones** Contributions ☐ **Distribuciones** Distributions ☐ **Ambos** Both

INFORMACIÓN DEL PAGADOR - PAYER'S INFORMATION

Núm. de Identificación Patronal - Employer Identification No.

Nombre - Name

Dirección - Address

Código Postal - Zip Code

Núm. de Teléfono - Telephone No. | **Correo Electrónico** - E-mail

INFORMACIÓN DE QUIEN RECIBE EL PAGO - PAYEE'S INFORMATION

Seleccione un encasillado: - Select one box:
☐ **Residente** Resident ☐ **No Residente Ciudadano de E.U.** Nonresident U.S. Citizen ☐ **No Residente Extranjero** Nonresident Alien

Núm. de Identificación - Identification No.

Nombre - Name

Dirección - Address

Código Postal - Zip Code

INFORMACIÓN DEL PLAN - PLAN'S INFORMATION

Núm. de Identificación Patronal - Employer Identification No.

Nombre del Plan - Name of Plan

Nombre de quien auspicia el plan - Plan sponsor's name

☐ **Marque aquí si es un plan cualificado en beneficio de un individuo ("Keogh")** - Check here if it is a Keogh plan

Fecha en que comenzó a recibir la pensión:
Date on which you started to receive the pension:
Día/Day _____ **Mes**/Month _____ **Año**/Year _____

Marque el encasillado correspondiente: – Check the corresponding box:

Forma de Distribución: – Form of Distribution:
☐ **Total** Lump Sum ☐ **Parcial** Partial ☐ **Pagos Periódicos** Periodic Payments

Tipo de Plan o Anualidad: – Plan or Annuity Type:
☐ **Gubernamental** Governmental ☐ **Privado Calificado** Qualified Private ☐ **No Calificado** Non Qualified ☐ **Anualidad Fija** Fixed Annuity ☐ **Anualidad Variable** Variable Annuity

Descripción - Description	Cantidad - Amount
1. **Aportación Vía Transferencia** Rollover Contribution	0.00
2. **Distribución Vía Transferencia** Rollover Distribution	0.00
3. **Costo de la Pensión o Anualidad** Cost of Pension or Annuity	51,982.00
4. **Fondo de Retiro Gubernamental** Governmental Retirement Fund	0.00
5. **Contribución Retenida sobre Pagos Periódicos de Planes Calificados o Gubernamentales** - Tax Withheld from Periodic Payments of Qualified or Governmental Plans	0.00
6. **Contribución Retenida sobre una Distribución Total (20%)** Tax Withheld from Lump Sum Distributions (20%)	0.00
7. **Contribución Retenida sobre una Distribución Total (10%)** Tax Withheld from Lump Sum Distributions (10%)	0.00
8. **Contribución Retenida sobre Distribuciones de Planes No Calificados** - Tax Withheld from Distributions of Non Qualified Plans	0.00
9. **Contribución Retenida sobre Otras Distribuciones de Planes Calificados (10%)** - Tax Withheld from Other Distributions of Qualified Plans (10%)	0.00
10. **Contribución Retenida sobre Anualidades** Tax Withheld from Annuities	0.00
11. **Contribución Retenida sobre Transferencia de un Plan Calificado a una Cuenta de Retiro Individual No Deducible** - Tax Withheld from Rollover of a Qualified Plan to a Non Deductible Individual Retirement Account	0.00
12. **Contribución Retenida sobre Distribuciones del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro (10%)** Tax Withheld from Distributions of the Retirement Savings Account Program (10%)	0.00
13. **Contribución Retenida sobre Transferencia del Programa de Cuentas de Ahorro para el Retiro a Cuenta de Retiro Individual No Deducible (10%)** - Tax Withheld from Rollover of the Retirement Savings Account Program to a Non Deductible Individual Retirement Account (10%)	0.00
14. **Contribución Retenida sobre Distribuciones a No Residentes** - Tax Withheld from Nonresident's Distributions	0.00
15. **Contribución Retenida sobre Otras Distribuciones** Tax Withheld from Other Distributions	0.00

16. **Cantidad Distribuida** Amount Distributed	9,761.00
Taxable Amount	9,761.00
18. **Cantidad sobre la cual se Pagó por Adelantado bajo las Secciones 1023.21, 1081.01(b)(9) o 1012D(b)(5)** - Amount over which a Prepayment was Made under Sections 1023.21, 1081.01(b)(9) or 1012D(b)(5)	0.00
19. **Aportaciones Voluntarias** After-Tax Contributions	0.00
20. **Ingresos Exentos** Exempt Income	
A. **Aguinaldo de Navidad, Bono de Verano y Bono de Medicamentos**- Christmas Bonus, Summer Bonus and Medicine Bonus	0.00
B. **Ingresos exentos pagados a miembros retirados del Negociado de la Policía de Puerto Rico** - Exempt income paid to retired members of the Puerto Rico Police Bureau	0.00
C. **Otros Ingresos** - Other Income	0.00
D. **Total (Sume líneas 20A a la 20C)** Total (Add lines 20A through 20C)	0.00
21. **Distribuciones por Razón de un Desastre Declarado por el Gobernador de Puerto Rico** - Distributions for Reason of a Disaster Declared by the Governor of Puerto Rico	
A. **Exentas** Exempt	0.00
B. **Tributables** Taxable	0.00
C. **Cantidad sobre la cual se Pagó por Adelantado** Amount over which a Prepayment was Made	0.00
D. **Aportaciones Voluntarias** After-Tax Contributions	0.00
E. **Total (Sume líneas 21A a la 21D)** Total (Add lines 21A through 21D)	0.00
22. **Contribución Retenida sobre Distribuciones por Razón de un Desastre Declarado por el Gobernador de Puerto Rico** - Income Tax Withheld on Distributions for Reason of a Disaster Declared by the Governor of Puerto Rico	0
23. **Código de Distribución** Distribution Code	☐☐
Razones para el Cambio Reasons for the Change	

Número de Cuenta Account Number | **Número de Control** Control Number | **Número de Control de la Declaración Informativa Original** Control Number of Original Informative Return

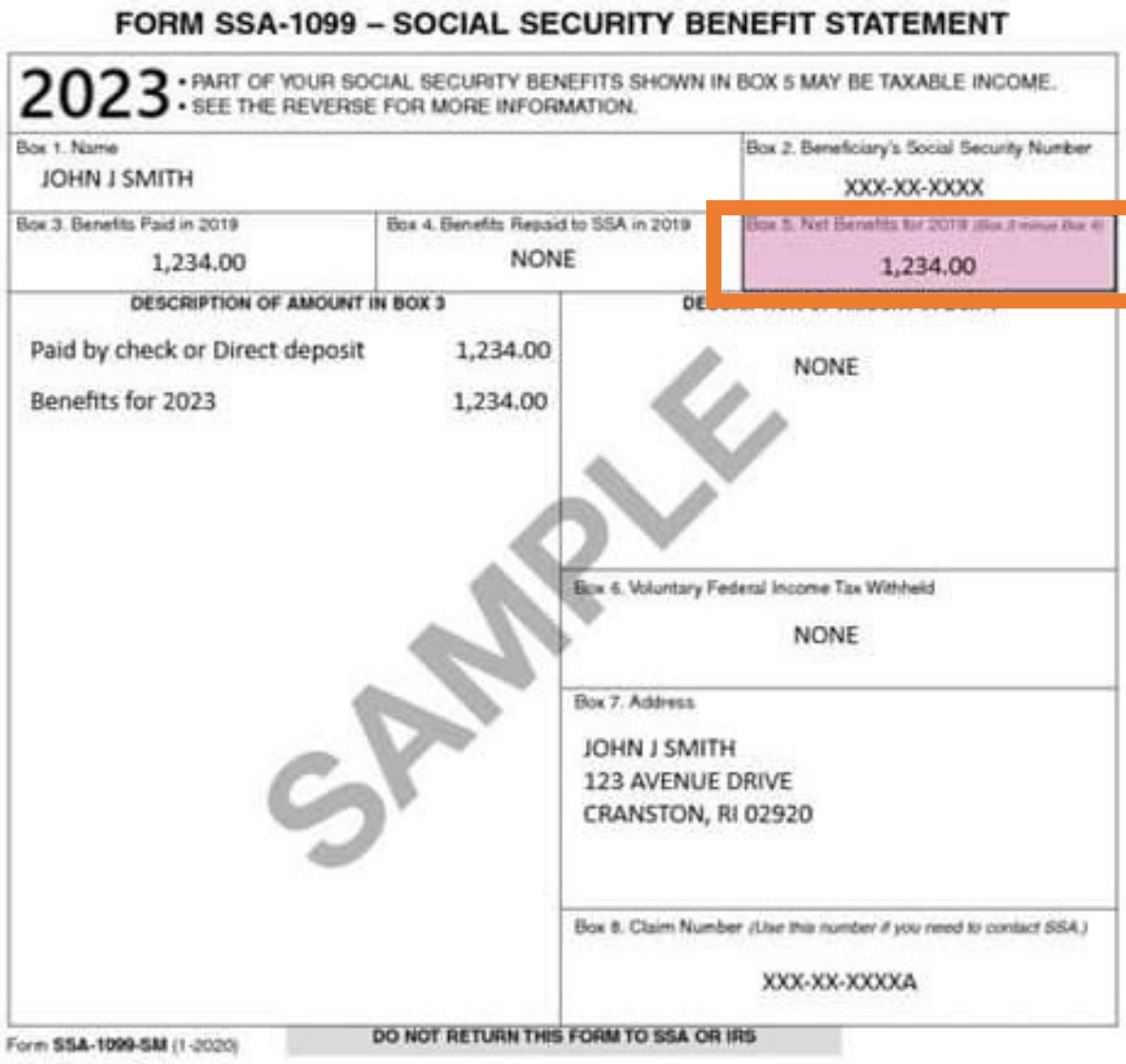
FECHA DE RADICACIÓN: 28 DE FEBRERO O 30 DE NOVIEMBRE, SEGÚN APLIQUE. VEA INSTRUCCIONES - FILING DATE: FEBRUARY 28 OR NOVEMBER 30, AS APPLICABLE. SEE INSTRUCTIONS

ENVÍE ELECTRÓNICAMENTE AL DEPARTAMENTO DE HACIENDA. ENTREGUE COPIA A QUIEN RECIBE EL PAGO. CONSERVE COPIA PARA SUS RÉCORDS.
SEND TO DEPARTMENT OF THE TREASURY ELECTRONICALLY. DELIVER COPY TO PAYEE. KEEP COPY FOR YOUR RECORDS.

SOLO PARA PROPOSITOS DE EVALUACION

Columna derecha encasillado 16: "Cantidad distribuida".

Declaración de Beneficios de Seguro Social: Modelo SSA 1099



FORM SSA-1099 – SOCIAL SECURITY BENEFIT STATEMENT

2023 • PART OF YOUR SOCIAL SECURITY BENEFITS SHOWN IN BOX 5 MAY BE TAXABLE INCOME.
• SEE THE REVERSE FOR MORE INFORMATION.

Box 1. Name
JOHN J SMITH

Box 2. Beneficiary's Social Security Number
XXX-XX-XXXX

Box 3. Benefits Paid in 2019
1,234.00

Box 4. Benefits Repaid to SSA in 2019
NONE

Box 5. Net Benefits for 2019 (Box 3 minus Box 4)
1,234.00

DESCRIPTION OF AMOUNT IN BOX 3

Paid by check or Direct deposit	1,234.00
Benefits for 2023	1,234.00

NONE

Box 6. Voluntary Federal Income Tax Withheld
NONE

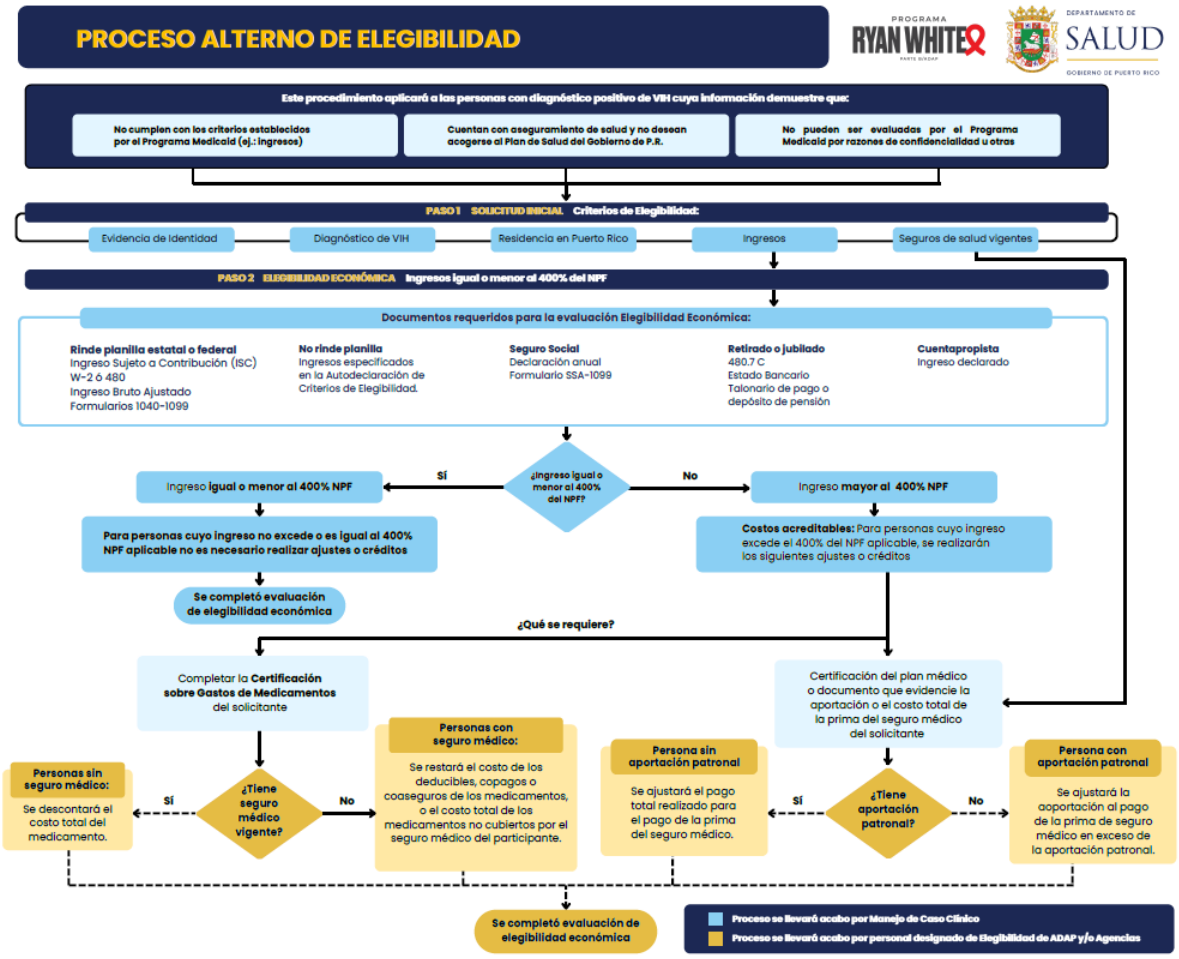
Box 7. Address
JOHN J SMITH
123 AVENUE DRIVE
CRANSTON, RI 02920

Box 8. Claim Number (Use this number if you need to contact SSA.)
XXX-XX-XXXXA

SAMPLE

Form SSA-1099-SM (1-2020) DO NOT RETURN THIS FORM TO SSA OR IRS

Anejo 5


PROCESO ALTERNO DE ELEGIBILIDAD
PROGRAMA RYAN WHITE
DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO
Este procedimiento aplicará a las personas con diagnóstico positivo de VIH cuya información demuestre que:
No cumplen con los criterios establecidos por el Programa Medicaid (ej.: ingresos)
Cuentan con aseguramiento de salud y no desean acogerse al Plan de Salud del Gobierno de P.R.
No pueden ser evaluadas por el Programa Medicaid por razones de confidencialidad u otras
PASO 1 SOLICITUD INICIAL Criterios de Elegibilidad:
Evidencia de Identidad
Diagnóstico de VIH
Residencia en Puerto Rico
Ingresos
Seguros de salud vigentes
PASO 2 ELEGIBILIDAD ECONÓMICA Ingresos igual o menor al 400% del NPF
Documentos requeridos para la evaluación Elegibilidad Económica:
Rinde planilla estatal o federal
Ingreso Sujeto a Contribución (ISC)
W-2 ó 480
Ingreso Bruto Ajustado
Formularios 1040-1099
No rinde planilla
Ingresos especificados en la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad.
Seguro Social
Declaración anual
Formulario SSA-1099
Retirado o jubilado
480.7 C
Estado Bancario
Talonario de pago o depósito de pensión
Cuentapropista
Ingreso declarado
¿Ingreso igual o menor al 400% del NPF?
Sí
No
Ingreso igual o menor al 400% NPF
Para personas cuyo ingreso no excede o es igual al 400% NPF aplicable no es necesario realizar ajustes o créditos
Se completó evaluación de elegibilidad económica
Ingreso mayor al 400% NPF
Costos acreditables: Para personas cuyo ingreso excede el 400% del NPF aplicable, se realizarán los siguientes ajustes o créditos
¿Qué se requiere?
Completar la Certificación sobre Gastos de Medicamentos del solicitante
Certificación del plan médico o documento que evidencie la aportación o el costo total de la prima del seguro médico del solicitante
Personas sin seguro médico:
Se descontará el costo total del medicamento.
Sí
¿Tiene seguro médico vigente?
No
Personas con seguro médico:
Se restará el costo de los deducibles, copagos o coaseguros de los medicamentos, o el costo total de los medicamentos no cubiertos por el seguro médico del participante.
Persona sin aportación patronal
Se ajustará el pago total realizado para el pago de la prima del seguro médico.
Sí
¿Tiene aportación patronal?
No
Persona con aportación patronal
Se ajustará la aoportación al pago de la prima de seguro médico en exceso de la aportación patronal.
Se completó evaluación de elegibilidad económica
Proceso se llevará acabo por Manejo de Caso Clínico
Proceso se llevará acabo por personal designado de Elegibilidad de ADAP y/o Agencias

ANEJO D

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

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 subrecipientes que coordinan 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 hacía el personal de_____ y hacía 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)

ANEJO F

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

CONSENTIMIENTO PARA VISITAS AL HOGAR Y LLAMADAS

Yo_____, edad__,_ autorizo al personal de la agencia subrecipiente_____, localizada en_____ a contactarme para conocer si comencé, estoy o descontinué 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 al 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 la agencia subrecipiente 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 subrecipiente)
- ☐ Se puede dejar notificación escrita de la visita con el nombre del empleado y número de teléfono de la agencia subrecipiente (sin escribir el nombre de la agencia subrecipiente)
- ☐ 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 subrecipiente 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, los subrecipientes contratados 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 Fecha

ANEJO H

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

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 Practicas de Privacidad y Consentimiento, no fué posible debido a:

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

Firma del/la represente de la agencia:
Fecha (día/mes/año):

ANEJO I

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

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 del subrecipiente 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.

ANEJO J

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Autorización de Divulgación de Información de Salud Protegida (PHI)

Yo, _____ Número de Seguro Social: XXX-XX- _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección Postal: _____ Pueblo_____
Zip Code _____ Teléfono: _____ Número de Expediente:_____
Autorizo a _____ a divulgar la siguiente información de salud protegida (PHI):

___ Referidos ____Resultados de Pruebas y Laboratorios ____Órdenes Médicas ____Notas de Progreso
____Planes de Cuidado ____Historial ___Otros: _____

Persona o entidad que se le divulga la información de salud protegida:

Médico primario, médico especialista y salud oral:
Pruebas y laboratorios:
Espejuelos:
Audífonos:
Equipo médico durable y desechable:
Ama de llaves:
Servicios integrados:
Visita de médico y enfermero/a:
Consejería nutricional:
Asistencia económica de emergencia (agua, luz, gas, renta, vale de alimentos, vale de emergencia y medicamentos):
Transportación médica:
Banco de alimentos/comida a domicilio:
Vivienda temporera:
Representante autorizado por el participante:

Propósito del uso y divulgación de la información de salud protegida: Realizar gestiones para la coordinación y prestación de servicios de salud y de apoyo subvencionados por fondos del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Reconozco explícitamente que mi expediente de manejo de caso no clínico puede contener información de salud protegida, incluyendo detalles relacionados con mi salud física y mental. Al firmar esta autorización, estoy permitiendo el uso y/o divulgación de esta información para el propósito antes descrito. Tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento y la revocación no aplica si la información ha sido previamente divulgada en respuesta a otras autorizaciones. Esta autorización de divulgación de información de salud es voluntaria y una vez divulgada la información a las personas o entidades autorizadas en este documento, dicha información pudiera ser divulgada a terceros y esta divulgación no necesariamente estará protegida por las disposiciones federales sobre privacidad y confidencialidad. Relevo de cualquier responsabilidad que pudiese surgir de la divulgación de información y al firmar esta autorización certifico que estoy de acuerdo con los términos y condiciones en la misma.

_____ _____ _____
Nombre del(la) participante Firma Fecha

PARA REPRESENTANTES AUTORIZADOS DEL PARTICIPANTE SOLAMENTE

Si usted está firmando como Representante Autorizado del Participante, lea y firma el párrafo que sigue. Incluya con esta autorización los documentos que lo certifiquen como "Representante Autorizado". Yo, _____ certifico y aseguro que soy el representante debidamente autorizado de _____ y tengo la autoridad de firmar esta autorización en su representación. He leído esta autorización y estoy de acuerdo con los términos antes establecidos.

_____ _____ _____
Nombre del(la) Representante Autorizado(a) Firma Fecha

ANEJO K

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

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 subrecipiente _____ 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 subrecipiente, 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 subrecipiente 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 Subrecipiente

ANEJO L

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

NOMBRE DEL SUBRECIPIENTE
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: _____

ANEJO M

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

BITÁCORA DE DIVULGACIONES DE PHI

Nombre del/la Participante: _____
Número de Expediente: _____

Fecha de la Divulgación (día/mes/año)	**Nombre del/la Solicitante**	**Tipo y Número de ID del/la Solicitante**	**Modo de la Solicitud**	**Propósito de la Divulgación**	**PHI Divulgado**	**Nombre de la Persona que Divulga el PHI**
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			
			❑ Escrito ❑ Oral			

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*

ANEJO N

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

REGISTRO DE COPIAS DE LOS EXPEDIENTES NO CLÍNICOS

Nombre del/la Participante: _____
Número de Expediente: _____

FECHA (D/M/A)	**DOCUMENTOS ENTREGADOS**	**PROPÓSITO DE LA SOLICITUD**	**FIRMA DEL/LA PARTICIPANTE**	**TIPO Y NÚMERO DE *ID* (LICENCIA DE CONDUCIR U OTRA *ID* CON FOTO)**	**NOMBRE DE LA PERSONAL QUE ENTREGA LA(S) COPIA(S)**

ANEJO Ñ

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Nombre del Subrecipiente
Dirección Física y/o Postal
Número/s de Teléfono

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 subrecipiente, 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 participarte no tener estas cubiertas marque N/A.

FECHA DE REVISIÓN (d/m/año)	**PLANES *ADVANTAGE* O PLATINO*** **Tipo de Cubierta:** **___ *Advantage*** **___ Platino** **___ N/A**	**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**
	☐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.

ANEJO O

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

NOMBRE DEL SUBRECIPIENTE
DIRECCIÓN
TELÉFONO

NOTAS DE PROGRESO

Nombre del/la participante: _____ Número de Expediente: _____

Fecha	Duración del Encuentro	Información de Progreso

ANEJO P

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Nombre del Subrecipiente
Número de Teléfono del Subrecipiente

HOJA DE REFERIDO

Nombre del Participante: _____ Número de Referido: _____
Núm. de Record o ID.: _____ Fecha del Referido: _____
Plan(es) Médico(s): _____ (mes/día/año)
Proveedor de Servicios:_____
Razón del Referido: _____
_____

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 subrecipiente el importe de los servicios que me han sido prestados.

_____ _____
Firma del(la) Participante o su Representante Autorizado Fecha (mes/día/año)

****

Para ser cumplimentado por el Proveedor 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 subrecipiente 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 DEL SUBRECIPIENTE

Subrecipiente: _____ 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: _____ Fecha (d/m/a): _____
Firma

Visto Bueno del/la Director(a): _____ Fecha (d/m/a): _____
Firma

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.

ANEJO R

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Trasmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

NOMBRE DEL SUBRECIPIENTE
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 subrecipiente: _____ 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)

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Nombre del Subrecipiente
Número/s de Teléfono

PLAN NUTRICIONAL

Nombre del/la participante: _____ Número de identificación: _____
Subrecipiente: _____ 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, específique: _____
   □ 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, específique: _____
   □ Semestral (cada seis meses) □ N/A
   □ Anual (una vez al año)

III. Revisión del Pan 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.

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

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

Nombre: _____ Fecha: _____
Apellidos *Nombre* *Inicial*

Home Visit **( ) Clínica ( )**

Clínica: _____ Agencia Subrecipiente: _____

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, Psicología de Cuidado Primario, Manejo de Caso Clínico, Manejo de Caso de Apoyo, Asistente de Salud en el Hogar y Servicios Integrados.[3]

✓	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 / ASISTENTE MÉDICO	**FRECUENCIA**	**ESPECIFICACIONES**
	Visita de médico		
	ENFERMERÍA	**FRECUENCIA**	**ESPECIFICACIONES**
	Visita de enfermera/o		
	PSICOLOGÍA DE CUIDADO PRIMARIO	**FRECUENCIA**	**ESPECIFICACIONES**

[3] Los servicios de psicología de cuidado primario, manejo de caso clínico y manejo de caso de apoyo responden al proyecto de visitas al hogar de los adultos mayores que reciben servicios en los CPTETs. Favor indicar la frecuencia de las visitas que requiere el participante y detalles de relevancia para atender las necesidades del caso.

	Visita de psicóloga		
	MANEJO DE CASO CLÍNICO	**FRECUENCIA**	**ESPECIFICACIONES**
	Visita de manejo de caso clínico		
	MANEJO DE CASO NO CLÍNICO	**FRECUENCIA**	**ESPECIFICACIONES**
	Visita de manejo de caso no clínico		
	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, más 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 subrecipiente 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 subrecipiente. Esta gestión de comunicación deberá documentarse en el expediente del participante. Asimismo, será responsabilidad de la agencia subrecipiente 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

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

ANALISIS 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.

Subrecipiente/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: _____

ANEJO V

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

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 y Meses (cuando aplique)**
Pago de luz (Luma)	Hasta un máximo de 6 meses anuales	
Pago de agua (AAA)	Hasta un máximo de 6 meses anuales	
Pago de gas		
Pago de renta	Hasta un máximo de $800.00 anuales	
Pago de medicamentos		
Vale de alimentos	$400.00 (2 vales de $200 cada uno anual)	
Vale de emergencia	$150.00	
TOTAL	**$1,200.00 (Tope Anual)**	
Del participante elegible solicitar asistencias económicas de emergencia en exceso de los topes establecidos, el subrecipiente deberá someter una Solicitud de Autorización de Servicios (visto bueno) al PRWPB/ADAP.		
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 *Medicaid*, *Medicare*, Administración de Veteranos, planes médicos privados y *HOPWA*. 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):**

ANEJO W

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Trasmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

SUBRECIPIENTE

ASISTENCIA ECONÓMICA DE EMERGENCIA
PARA VALE DE ALIMENTOS*

FECHA: _____

#VALE: _____ # ID: _____

REF: _____

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 MÁXIMA PERMITIDA
PROTEÍNAS Y CARNES (CARNE ROJA/ POLLO/ PAVO O SUSTITUTO DE ORIGEN VEGETAL)	SUPLEMENTOS NUTRICIONALES	SALCHICHAS	6 LATAS
PESCADO/ATÚN	ALCOHOL/LICOR/CERVEZA	JAMONILLA	2 LATA
CARNES Y PESCADOS ENLATADOS: POLLO/PAVO/CERDO/SARDINAS/ SALMÓN/ATÚN	REFRESCO/MALTAS	CAFÉ	1 LIBRA
FRUTAS (INLCUYE DESHIDRATADAS Y ENLATADAS)	TABACO/CIGARRILLOS	CHOCOLATE EN POLVO	10 OZ
VEGETALES (INCLUYE ENLATADOS)	COMIDA PARA MASCOTAS	SAL/AZÚCAR	1 POTE/PAQUETE (C/U)
ARROZ/GRANOS (ENLATADOS O SECOS)	ARTÍCULOS DE LIMPIEZA EN EL HOGAR Y ARTÍCULOS DE HIGIENE PERSONAL	SOPAS ENLATADAS O PAQUETE	2 LATAS O 2 PAQUETES
LÁCTEOS/QUESO/ YOGURT	DULCES/GOLOSINAS/FLANES/ BIZCOCHO/ *HONEY BUNS/POUND CAKE*	HOT DOGS	2 PAQUETES
CEREALES NO AZUCARADOS/GRANOLA	REPELENTES/INSECTICIDAS	HAMBURGERS (INCLUYENDO EL SUSTITUTO DE ORIGEN VEGETAL)	1 PAQUETE
PAN	BACALAITOS/SORULLOS/ EMPANADILLAS DE PIZZA/PASTELILLOS DE POLLO, ETC.	CORN BEEF	2 LATA
HUEVO	POPCORN	KETCHUP	1 POTE
PASTA (INCLUYE ENLATADAS) / SALSAS PARA PASTAS	PIZZA CONGELADA	*SYRUP PANCAKES*	1 POTE
VIANDAS	CHEESECAKE	MAYO KETCHUP	1 POTE
FRUTOS SECOS (COMO: NUECES, ALMENDRAS, AVELLANAS, PISTACHOS Y MANÍ, ENTRE OTROS)	*POTATO STICKS/CHEEZ WHIZ*	SALSA PICANTE	1 POTE
GALLETAS DE SODA/INTEGRAL	EMBUTIDOS (LOGANIZA DE CERDO Y POLLO, TOCINETA, MORTADELLA, SALCHICHON, SALAMI, SAUSAGE, ENTRE OTROS)	GALLETAS SALADAS/GALLETAS AZUCARADAS/CUCAS	1 PAQUETES
AGUA		BEBIDAS HIDRATANTE (ELECTROLIÍTOS)	6 UNIDADES
JUGOS		CEREALES AZUCARADOS	1 PAQUETE
CONDIMENTO/SOFRITO ACEITES/ESPECIAS			
LECHE (EN TODAS SUS VARIACIONES)			
JAMÓN PARA SANDWICH EN CUALQUIERA DE SUS VARIACIONES		**ARTÍCULOS LIMITADOS**	
		BOLSAS REUSABLES	10 BOLSAS

***Este vale es auspiciado por el Programa Ryan White Parte B/ADAP.**

ANEJO X

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Trasmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

SUBRECIPIENTE

ASISTENCIA ECONÓMICA DE EMERGENCIA
VALE PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA*

FECHA: _____
#VALE: _____ # ID: _____
REF: _____

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

***Este vale es auspiciado por el Programa Ryan White Parte B/ADAP.**

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 DE DIENTES	REPELENTES	SOGAS
PASTA DE DIENTES	INSECTICIDAS	DETERGENTE DE ROPA
HILO DENTAL	LIMPIADOR MULTIUSOS	ALCOHOL
ENJUAGE BUCAL	GUANTES	MASCARILLAS
TOALLAS SANITARIAS/ TAMPONES		
PAPEL DE BAÑO		
DESINFECTANTE DE MANOS *(HAND SANITIZER)*		
TOALLAS HÚMEDAS (Wipes)		
JABÓN LÍQUIDO PARA MANOS		
CREMA O LOCIÓN CORPORAL		

ANEJO Y

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Trasmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

PLAN INDIVIDUALIZADO DE SERVICIOS Y VIVIENDA[4]

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				

[4] 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): _____

ANEJO Z

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Trasmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

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: _____ 4. Aseguradora: _____	5. Número de Teléfono: _____ 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: _____ *Favor describa detalladamente:* _____ _____ _____	
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): _____**

ANEJO AA

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Trasmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Referido de Psicología/Psiquiatría para la Coordinación de Servicios de Transportación a Personas con Diagnóstico de VIH Beneficiarios del Plan VITAL a través de los Subrecipientes de Fondos del Programa Ryan White Parte B/ADAP

Instrucciones: Este formulario debe ser completado por el/la psicólogo (a) de cuidado primario del CPTET o el personal de Psicología y Psiquiatría de las clínicas externas como parte del proceso para certificar la necesidad del servicio de apoyo en la transportación médica según el diagnóstico de salud mental del participante del Plan de VITAL con diagnóstico de VIH. Favor leer cuidadosamente cada sección y cumplimentar el formulario con la información requerida.

CPTET: □ Arecibo □ Bayamón □ Caguas □ Carolina □ Fajardo □ Mayagüez □ Ponce □ CLET
Clínica externa: _____

I. Información del participante

1.Nombre:	2.Número de Récord:	
3.Fecha de nacimiento (día/mes/año):	4.Número de teléfono/celular: (___)	
5.Dirección residencial:	6.Aseguradora:	7.Número de asegurado:

II. Diagnóstico Clínico

1. Diagnóstico Principal de Salud Mental (ICD-10-CM):
2. En la actualidad, ¿está en tratamiento?: □ Sí □ No □ No aplica

III. Evaluación de Desafíos para Solicitar Servicios de Transportación Según el Procedimiento de la Aseguradora del Plan Vital

1. **¿El participante presenta algún reto en funcionalidad relacionado con su diagnóstico de salud mental?** (Marque todas las que apliquen)
   - ☐ Comunicación (dificultad para expresarse o comprender información)
   - ☐ Toma de decisiones (dificultad para organizar citas o seguir indicaciones médicas)
   - ☐ Gestión de emociones (ansiedad, depresión o estrés que afectan la asistencia a citas médicas)
   - ☐ Interacción social (dificultad para pedir ayuda o interactuar con personal de salud y transportistas)
   - ☐ Pérdida de memoria o problemas cognitivos que afectan la planificación del transporte
   - ☐ Falta de red de apoyo o dependencia de terceros para coordinar transportación
   - ☐ Otro (especificar): _____

2. **¿Cómo afectan estos retos la coordinación de los servicios de transportación médica?** (Marque todas las que apliquen)
   - ☐ Olvida agendar o asistir a citas médicas
   - ☐ Tiene dificultades para seguir instrucciones de transporte
   - ☐ No puede viajar solo y necesita un acompañante
   - ☐ Experimenta ansiedad al usar transportación pública
   - ☐ Requiere asistencia para coordinar y confirmar citas con transportistas
   - ☐ Ha perdido citas médicas en el pasado debido a problemas de transportación
   - ☐ Otro (especificar): _____

IV. Necesidades de Coordinación de Transportación Médica

Instrucciones: Este formulario debe ser completado por el/la psicólogo (a) de cuidado primario del CPTET o el personal de Psicología y Psiquiatría de las clínicas externas como parte del proceso para certificar la necesidad del servicio de apoyo en la transportación médica según el diagnóstico de salud mental del participante del Plan de VITAL con diagnóstico de VIH. Favor leer cuidadosamente cada sección y cumplimentar el formulario con la información requerida.

1. ¿El participante requiere asistencia especializada para la coordinación de la transportación médica? _____ Sí _____ No ____ No Aplica

2. Tipo de asistencia requerida (si aplica):

☐ **Acompañante para el viaje** (Requiere que alguien lo acompañe debido a ansiedad, desorientación, movilidad reducida, etc.)

☐ **Coordinación de cita con transportista** (Necesita ayuda para contactar y programar transporte)

☐ **Recordatorio de citas y seguimiento** (Requiere apoyo para recordar y confirmar citas médicas y de transporte)

☐ **Asistencia para abordar y desembarcar del transporte** (Dificultades físicas o cognitivas para subir y bajar del vehículo)

☐ **Apoyo en la navegación del sistema de salud** (Dificultades para encontrar la ubicación correcta de su cita)

☐ **Apoyo con barreras del lenguaje o comunicación** (Dificultades para comunicarse con el transportista o el personal de salud)

☐ **Necesidad de transportación especial** (Ej. silla de ruedas, camilla, transporte médico especializado)

☐ **Asistencia con documentación** (Requiere ayuda para presentar credenciales, autorizaciones o completar formularios de transporte)

☐ **Otro (especificar):** _____

3. Comentarios adicionales relevantes para la coordinación del servicio de transportación:

_____

_____

4. Indique el periodo de vigencia de esta coordinación (día/mes/año): _____

V. Certificación del Personal de Psicología/Psiquiatría

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 la información proporcionada en este formulario es verídica y corresponde a la evaluación clínica realizada.

Nombre del Psicólogo (a) o Psiquiatra	**Firma**
Número de Licencia Profesional	**Fecha (día/mes/ año)**

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL
División de Prevención y Control de Enfermedades
Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Trasmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP

Programa Ryan White Parte B/ADAP (PRWPB)
Unidad de Servicios Complementarios de VIH (USC)

Plan Individualizado para Servicios de Rehabilitación (PISR)

Instrucciones:
El Plan Individualizado para Servicios de Rehabilitación (PISR) deberá ser completado por el profesional (i.e. Fisiatra, Patólogo del Habla, Terapista Ocupacional o Vocacional) encargado de evaluar y referir y/o proveer los servicios utilizando la información del participante y asegurando en todo momento la confidencialidad mediante el uso de un identificador único.

El PISR debe cumplimentarse en todas sus partes, de conformidad con las guías detalladas para cada sección. Para el desarrollo del plan, es indispensable la integración del participante y la documentación de que ha sido orientado sobre el plan y ha otorgado su consentimiento para su implementación. Si, para el logro de los resultados de salud esperados, es pertinente la coordinación de servicios multidisciplinarios, mediante el referido del participante para recibir servicios de otro u otros profesionales de la salud, deberá especificarse.

El documento deberá ser firmado y fechado por el profesional responsable y el participante o su representante autorizado para ser considerado completo. Se recomienda utilizar un lenguaje claro y profesional, evitar espacios en blanco (indicando “N/A” cuando no aplique), mantener la consistencia entre las secciones y actualizar el plan conforme al régimen de seguimiento establecido para el participante.

I. Información del Participante		
Nombre:		Identificador único:
Edad:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Dirección física:		

II. Información Clínica y Evaluación La evaluación debe incluir un resumen claro y conciso de los hallazgos clínicos y funcionales, identificando las limitaciones, capacidades y necesidades del participante.	
Diagnóstico principal (ICD-10):	
Diagnósticos secundarios (ICD-10) (si aplica):	
Fecha de evaluación inicial (mes/día/año):	
Nombre del profesional:	Especialidad:
Tipo de servicios de rehabilitación (marcar el que aplique)	
☐ Terapia Física ☐ Terapia Ocupacional ☐ Terapia del Habla y Lenguaje ☐ Rehabilitación Vocacional	
Resumen clínico (Incluir hallazgos clínicos, funcionales y resultados de pruebas/estudios): _____ _____ _____ _____ _____	
Nivel de autocuidado del paciente: ☐ Independiente ☐ Parcialmente independiente ☐ Dependiente Especifique las barreras, limitaciones y necesidades identificadas: _____ _____ _____ _____	

III. Plan de Intervención

El plan de intervención deberá ser cumplimentado por el profesional (i.e. Fisiatra, Patólogo del Habla, Terapista Ocupacional o Vocacional) encargado de evaluar y referir al participante a la terapia de rehabilitación y/o proveer la misma. Específicamente, en esta sección se debe detallar el tipo de terapia, la frecuencia, duración y las técnicas terapéuticas a utilizar.

Tipo de intervención: Marque la terapia que aplique, según el profesional que esté cumplimentando este plan.

☐ Terapia Física ☐ Terapia del Habla y Lenguaje

☐ Terapia Ocupacional ☐ Rehabilitación Vocacional

Considerando el tipo de terapia identificada, especifique las técnicas terapéuticas a utilizar:

_____

_____

Modalidad: ☐ Presencial ☐ Virtual ☐ Híbrido

Duración por sesión:

Frecuencia de la terapia (ej. diaria, semanal, mensual):

IV. Referido Multidisciplinario (si aplica):

Si para el logro de los resultados de salud esperados es pertinente la coordinación de servicios mediante el referido del participante para recibir servicios de otro u otros profesionales de la salud, favor especificarlo.

Diagnóstico(s), condición(es) o necesidad(es) identificada(s):

_____

_____

_____

Profesional(es) a referir:

_____

_____

_____

V. Indicadores de Progreso:

En esta sección se deberán establecer los indicadores de progreso que permitan medir el avance del participante. Estos indicadores deberán redactarse de forma clara y precisa, preferiblemente mediante porcentajes o valoraciones numéricas que permitan medir el nivel de avance o de progreso alcanzado. Si se trata de la evaluación inicial del paciente, en la columna "Progreso alcanzado" se deberá especificar N/A.

Indicadores de progreso o resultado esperado: (Ejemplos: Mejora en movilidad de un _%, reducción de dolor de __%, mejora en la fluidez al hablar)	Progreso alcanzado:
1. _____	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
2. _____	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
3. _____	☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Consideraciones u observaciones respecto al progreso alcanzado (De aplicar, favor especificar las circunstancias que dificultan el progresar o alcanzar los resultados esperados y las acciones a ser implementadas para atenderlas):

_____

_____

_____

VI. Reevaluación del PISR y Alta

Se debe establecer la frecuencia de revisión del plan, así como las fechas de reevaluación y de alta, esta última cuando aplique. La fecha de reevaluación no debe ser posterior a un año desde la fecha de la evaluación inicial especificada en este plan.

Fecha de reevaluación del plan (mes/día/año):	
Frecuencia de reevaluación del plan: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Anual	
Paciente dado de alta: ☐ Sí ☐ No	Fecha de alta (si aplica):

VII. Certificación

El documento deberá ser firmado y fechado por el profesional responsable y el participante o su representante autorizado para ser considerado completo.

Certifico que el presente *Plan Individualizado para Servicios de Rehabilitación* ha sido desarrollado considerando las necesidades clínicas, funcionales y psicosociales del participante. Asimismo, se establece que las intervenciones aquí descritas han sido diseñadas de manera individualizada, medible y orientada a promover la máxima funcionalidad e independencia del participante, con el fin de mejorar sus resultados de salud y su calidad de vida. El participante (o su representante autorizado) ha sido debidamente orientado sobre el contenido del plan, incluyendo los servicios a recibir, la frecuencia de las intervenciones, los resultados esperados y su rol en el proceso de rehabilitación. De igual forma, ha tenido la oportunidad de expresar sus preferencias y participar activamente en la formulación del plan.

Además, certifico que este plan será implementado y monitoreado por un equipo interdisciplinario cualificado para evaluar el progreso y realizar los ajustes necesarios, conforme a las mejores prácticas clínicas y a los requisitos programáticos aplicables. Este documento refleja fielmente la planificación de los servicios acordados y se mantendrá como parte del expediente del participante para fines de continuidad de cuidado, monitoreo y cumplimiento.

Nombre del Profesional: _____	Número de licencia: _____	Nombre del Participante: _____
Firma: _____		Firma: _____
Fecha: _____		Fecha: _____