



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

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

Protocolo para el Acceso a Cuidado de las Agencias Coordinadoras (Subrecipientes)

Programa Ryan White Parte B/ADAP

Rev. Mayo 2025

Versión

Versión Núm.	Editores/as	Fecha de revisión	Descripción del Cambio
1	Lucianne De La Rosa Aquino y Luz Marrero Rodríguez	2022	Documento original
2	Reina Pedrosa Rosa y Lucianne De La Rosa Aquino	2023	Revisión de contenido en las secciones II, IV y V, así como el Anejo 1.
3	Yomary Reyes Díaz, Reina Pedrosa Rosa y Lucianne De La Rosa Aquino	2025	Revisión de contenido en las secciones II, IV y V.Final

I. Introducción

El procedimiento que se presenta a continuación tiene como propósito establecer un esfuerzo coordinado y uniforme que permita que el personal de manejo de caso no clínico destacado en una agencia coordinadora, subvencionado/a con fondos del Programa Ryan White Parte B/ADAP, conozca los pasos a seguir y expectativas esperadas cuando se realiza búsqueda en calle de personas con diagnóstico positivo a VIH que tienen la necesidad de fortalecer su adherencia a tratamiento o están fuera de tratamiento. Como parte del proceso de implementación de las guías establecidas en la Orden Administrativa Número 2021-511 del Departamento de Salud, este proceso facilitará la coordinación de servicios para acceso y retención a cuidado temprano considerando las necesidades psicosociales del participante.

Vo.Bo. _____



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

II. Definiciones

1. **CPTETs:** Se refiere a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles adscritos a la Oficina Central de Asuntos del Sida y Enfermedades Transmisibles (OCASET) del Departamento de Salud.
2. **Centro clínico:** centros que ofrecen servicios clínicos a personas con diagnóstico positivo a VIH que no son los CPTET's del Departamento de Salud.
3. **Centro externo:** cualquier otra entidad independiente del Departamento de Salud.
4. **Persona alcanzada:** persona con diagnóstico positivo a VIH, identificada como fuera de cuidado, que a través del proceso de búsqueda es identificada y localizada.
5. **Persona enlazada:** persona con diagnóstico positivo a VIH que una vez alcanzada ingresa a tratamiento.
6. **Persona con necesidad de fortalecer su adherencia:** personas que se han ausentado de sus citas médicas, por tanto, sostienen un patrón inconsistente en su asistencia a citas, aunque no se consideran que están fuera de cuidado o tratamiento.
7. **Participantes fuera de tratamiento:** personas que han estado sin asistir a cita médica o no han recogido medicamentos en el periodo de seis a 12 meses; o personas de nuevo diagnóstico de VIH que no han enlazado a tratamiento.
8. **Manejador/a de Caso No Clínico (MCNC):** personal adscrito a las agencias coordinadoras que es subvencionado por el Programa Ryan White Parte B/ADAP del Departamento de Salud, que guía y asiste al participante para acceder a los servicios médicos, sociales, comunitarios y otros necesarios. Este personal recibe referidos del **Trabajador/a de Enlace a Cuidado (TEC)** del CPTET y de otras entidades externas bajo acuerdo colaborativo, para realizar la búsqueda de campo de personas con diagnóstico positivo a VIH que se encuentran fuera de tratamiento y consintieron a ser contactadas.
9. **Trabajador/a de Enlace a Cuidado (TEC):** es el personal adscrito a los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) que brinda información, orienta, interviene con participantes identificados fuera de tratamiento para el logro del enlace y re-enlace a cuidado, como también implementa estrategias basadas en evidencia dirigidas a promover la retención en tratamiento de los participantes con diagnóstico positivo a VIH en el servicio clínico.
10. **Manejador/a de Caso Clínico (MCC):** personal ubicado en los CPTETs que coordina una gama de servicios centrados en mejorar los resultados del continuo de cuidado y tratamiento de los/as participantes. Este personal refiere al/la TEC personas que se

ausentaron a cita médica y presentan un patrón inconsistente en su asistencia a sus citas médicas. Además, en ausencia de un TEC puede referir directamente a MCNC.

11. **Plan de Acción Individualizado:** plan que realiza MCNC donde identifica las barreras de acceso al tratamiento, explora aquellas que provocaron que la persona estuviera fuera de tratamiento y establece junto con la persona el plan a seguir para atender aquellas situaciones que dificultan su enlace y retención en tratamiento.
12. **Base de Datos:** base de datos en *CAREWare* que utiliza el personal de MCNC adscrito a las agencias coordinadoras para documentar sus intervenciones de búsqueda para acceso y retención a cuidado de participantes.
13. **Visitas de Campo:** salida a la calle o al campo para contactar participante que ha consentido a ser buscado/a y ha sido referida/o a MCNC para validar su información de contacto y estatus de cuidado médico.
14. **Enlace temprano a cuidado:** Se refiere a que la primera visita médica para la atención del diagnóstico de VIH o los laboratorios de Carga Viral y CD4 se evidencian en o antes de 15 días, desde el momento en que la persona conoce su diagnóstico de VIH.
15. **Enlace temprano a tratamiento ARV-** El **enlace temprano a tratamiento antirretroviral (ARV)** se refiere a la rápida iniciación del tratamiento tras el diagnóstico de VIH, asegurando que los pacientes reciban los medicamentos en un plazo óptimo para mejorar su pronóstico y reducir la transmisión del virus.

III. Traslado

Según establecido en el *Policy Notice 16-02* publicado por HRSA y revisado el 22 de octubre de 2018, **Ryan White HIV/AIDS Program Services: Eligible Individuals & Allowable Uses of Funds** entre las tareas del personal de MCNC, se considera el acceso y retención a cuidado de participantes con diagnóstico positivo a VIH. Por tanto, entre sus actividades claves se encuentran las siguientes:

- ✓ 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
- ✓ Realizar intervenciones de seguimientos para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del participante

Para obtener información detallada de la descripción de la categoría de servicio de MCNC, haga referencia a la **Guía de Estándares para la Provisión de Servicios Esenciales Clínicos y de Apoyo Subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP**, la cual puede accederse desde la página electrónica del Departamento de Salud bajo el Programa Ryan White Parte B/ADAP.

IV. Procedimiento para ofrecer el servicio

Un referido puede recibirse de diversos puntos de entrada, los cuales se presentan en el diagrama a continuación:

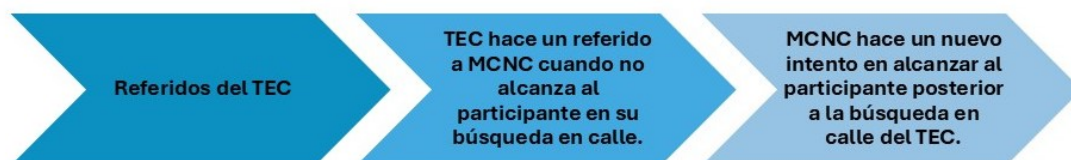
Puntos de Entrada					
CPTETS mediante referido de TEC o Manejo de Caso Clínico	Hospitales	Albergues	Centros clínicos primarios	Organizaciones de Base Comunitaria (OBC)	Otros (excepto instituciones correccionales)

Se exhorta a que las agencias consideren las organizaciones y entidades incluidas en el **DIRECTORIO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE VIH/ETS EN PUERTO RICO**, favor acceder el siguiente enlace: <https://www.salud.pr.gov/CMS/DOWNLOAD/5128>.

Asimismo, se pueden acceder otras páginas electrónicas que contengan acceso a directorios, como el de la Asociación de Hospitales de Puerto Rico, <https://www.hospitalespr.org>, entre otros que puedan servir de referencia para este y otro tipo de entidades.

A. Procedimiento para los referidos recibidos del CPTET:

En los casos de los referidos obtenidos por MCNC por parte del/la TEC en los CPTETs, existirán dos escenarios en los que MCNC recibirá referidos del TEC, a saber:



En la sección ***Procedimiento para realizar la búsqueda en calle o en el campo de participantes referidos, tanto del CPTET como de centros externos***, se detallará el proceso para este tipo de referido.

B. Procedimiento para los referidos recibidos de centro externo:

El personal de MCNC de las agencias coordinadoras podrá recibir referidos de personas con diagnóstico positivo a VIH que se encuentran **fuera de tratamiento y conocen su condición de VIH**, a través de acuerdos colaborativos con centros externos.

El personal de MCNC de la agencia coordinadora recibirá el referido del centro externo según como la agencia coordinadora lo haya estipulado en el **acuerdo colaborativo** con el centro externo. Es decir, el mecanismo sobre cómo la agencia recibirá el referido del centro debe estar debidamente documentado por escrito, y los envíos, sean estos electrónicos o por cualquier otro medio, deben ser a través de métodos seguros que aseguren la protección de la información de salud del participante. Un ejemplo de ello sería el uso de la encriptación si los envíos serán electrónicos. Asimismo, es responsabilidad de la agencia contar con la documentación adecuada para este proceso, la cual deberá mínimamente incluir una **hoja de referido y evidencia de que la persona consintió (hoja de consentimiento)** a que su información se compartiera con la agencia. Es decir, será

requisito que al momento del referido MCNC obtenga el referido y la hoja de consentimiento del centro externo.

En los casos particulares de los hospitales, el proceso suele ser que la persona autoriza recibir una orientación de la agencia, la cual es coordinada por el personal de la institución hospitalaria, y es durante la visita presencial de MCNC en el hospital, que la persona es orientada y decide o no, firmar el consentimiento de la agencia. De la persona autorizar la orientación, MCNC deberá solicitar copia de dicha autorización como evidencia en su expediente.

A. Procedimiento para realizar la búsqueda en calle o en el campo de participantes referidos tanto del CPTET como de centros externos

a. **ANTES de salir a la calle a hacer la búsqueda se espera que el/la MCNC:**

1. Se reúna con el TEC del CPTET o la persona enlace del centro externo para tener la discusión del caso donde se recoja información mínima del participante. Revise y analice con detenimiento los documentos entregados por el TEC o persona que refiere del centro externo. Si el referido proviene del CPTET, el/la TEC le entregará a MCNC copia de los siguientes documentos:

- i. *Referido de búsqueda de caso para enlace a cuidado*
- ii. *Hoja de Revisión de Expediente para Determinar Cumplimiento en Tratamiento y Cuidado de Salud*
- iii. *Copia de Consentimiento para Visitas al Hogar y/o Llamadas*

- b. Se asegure que cuenta con copia del Consentimiento del participante, en caso de que sea referido del CPTET, para ser contactado/a y que sigue las indicaciones que se especifican en el Consentimiento que certificó el/la participante, de manera que no violente lo estipulado por este/esta.

Ahora bien, en **los casos de participantes que son nuevos**, el consentimiento compartido por el TEC (siempre y cuando se tenga) es el consentimiento titulado ***Consentimiento Universal para Pruebas de Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Enlace Temprano a Tratamiento***. En el Anejo 4 se presenta el formato de dicho Consentimiento.

- c. En los casos de los **centros externos**, MCNC debe recibir la hoja de referido y copia de la hoja de consentimiento del centro.

- d. Prepárese teniendo presente su seguridad.

- a. **CONSIDERACIONES para evaluar por parte del TEC y MCNC previo a realizar la búsqueda en calle en conjunto:**

Tanto el TEC como MCNC deben tener presente la necesidad de evaluar la vulnerabilidad del participante que está presto a visitar. Las vulnerabilidades del participante pueden abarcar aspectos como: dónde está pernoctando el participante en caso de que esté en un albergue, si la zona en la que reside es inundable y las necesidades físicas (participante tiene alguna condición o está encamado) como de salud mental, entre otras.

Por otra parte, al determinar si el TEC o MCNC necesitarán realizar la visita en conjunto, también deben tener presente aspectos como el nivel de seguridad de la zona que se visitará y el acceso a la misma.

Otros aspectos de seguridad a considerar se abordan en las siguientes recomendaciones.

V. Recomendaciones de Seguridad

a. Propósito de las Reglas de Seguridad: El objetivo principal de estas reglas de seguridad es proporcionar una guía práctica que garantice la protección y el bienestar durante las intervenciones en comunidad. Estas recomendaciones están diseñadas para optimizar la seguridad personal y profesional, así como para fomentar un entorno de respeto y confianza mutua:

- a. Utilizar la tarjeta de identificación siempre que se encuentre en labores de trabajo.
- b. Utilizar preferiblemente, mahones o pantalón largo. El calzado debe ser cómodo y cerrado. No se recomienda utilizar zapatos abiertos.
- c. Caminar siempre en pareja. Si una persona tiene que apartarse de la otra por cualquier razón, debe siempre mantenerse a una distancia visible.
- d. Limitar o eliminar el uso de prendas de valor y no llevar cantidades significativas de dinero en su poder.
- e. Evitar llevar cartera de mano cuando esté en la comunidad.
- f. Para situaciones específicas, se pueden acordar lugares de reunión en centros públicos.
- g. Se tiene que contar con una valija de seguridad en la que se pueda proteger los documentos con información de salud de la persona.
- h. Distribuir información y materiales educativos sin que el/la participante se sienta presionado/a.
- i. No poseer o portar armas blancas o de fuego.
- j. No consumir drogas y/o bebidas alcohólicas en horas laborables.
- k. No comprar o vender cualquier producto entre empleado/a y participante.
- l. No prestar o dar dinero al participante que se sirve.
- m. No asimilar el lenguaje del participante, esto puede ser considerado como falta de respeto al mismo.

- n. No discutir o fomentar discusión con el/la participante, aunque difiera de sus criterios. En este caso, debe dar por terminada la conversación de manera respetuosa y cordial.
- o. Abandonar el área cuando se encuentre en una situación de venta o intercambio de drogas.
- p. No actuar como psicólogo/a, siquiatra o médico, ofreciendo diagnóstico ni indicaciones de tratamiento sobre VIH y SIDA o ETS.
- q. No prometer servicios o ayuda que no pueda cumplir.
- r. Informar a el/la supervisor/a inmediato/a dónde va a estar mediante la preparación de un Plan de Trabajo.
- s. Dar conocimiento sobre las eventualidades ocurridas en la intervención en comunidad.

b. Procedimiento ante incidentes en la intervención

- ✓ De surgir algún incidente que pueda ponerle en peligro, se procede a retirarse del lugar y posponer la intervención para otro día.
- ✓ Notificar inmediatamente a el/la supervisor/a sobre el suceso.
- ✓ Realizar los arreglos pertinentes para una nueva coordinación de la visita o intervención con la/s persona/s contacto/s de la comunidad.

c. DURANTE el proceso de búsqueda (visitas):

Se debe tener presente que algunas de las **expectativas generales** son:

- ✓ Realizar un mínimo de tres visitas al hogar, alternando los horarios de las visitas (am y pm).
- ✓ En caso de la persona no ser contactada en la primera visita, se espera que en menos de tres días se realice otra visita al hogar del/la participante.
- ✓ El referido tiene que ser contestado al TEC como a la persona enlace de otro centro clínico cada cinco días (semanalmente) informando el estado del caso.
- ✓ La persona ingresa o reingresa dentro de los 30 días

ESCENARIO I: CUANDO LA PERSONA ES CONTACTADA	
Identificar al/la participante	Para identificar al participante puede usar: ○ Tarjeta de identificación de participante (evidencia de ser la persona que dice ser) ○ Últimos cuatro números del seguro social ○ Fecha de nacimiento ○ Palabra o frase clave
Informar al/la participante la razón de la visita	Si el/la participante se encuentra en tratamiento: ○ MCNC debe validar la información provista por el/la participante (recoger información de la clínica y nombre de manejador de caso) y se le ofrece los servicios de la agencia, en caso de que sea elegible a los mismos. Se le brindan opúsculos de servicios e información de contacto y se le refuerza la importancia de continuar asistiendo a citas médicas y de manejo de caso. Si no se encuentra en tratamiento se procede a: ○ Identificar la razón de abandono de su tratamiento e identificar las necesidades relacionadas con el acceso a tratamiento y barreras confrontadas en el pasado para retenerse en tratamiento. Estas necesidades deben ser integradas y consideradas en el Plan de Acción Individualizado que redacta MCNC (Véase Anejo 3).
Orientar sobre los servicios	Entre los temas que se le puede proveer la orientación se encuentran los siguientes: ○ importancia de asistir a citas ○ tratamientos disponibles ○ servicios disponibles en la clínica y la agencia coordinadora ○ documentos mínimos para ingresar a servicios
Completar los documentos mínimos requeridos:	Estos documentos son: ○ Consentimiento para visitas y/o llamadas o consentimiento universal (Anejos 2 o 4) ○ Plan de Acción Individualizado (Anejo 3) - plan enfocado a lograr entrada a tratamiento y lograr la retención ○ Hoja de Referido ○ Otros que las agencias pueden usar como complemento a los documentos aquí indicados como mínimos, a saber: cuestionario de intervención, historial social o abandono voluntario de servicios, entre otros.
Referir a los servicios según las necesidades identificadas.	Si el referido se hace al CPTET: ○ Discutir caso con TEC y/o MCC para coordinar cita de laboratorio tan pronto como sea posible. ○ Coordinar cita de participante con el TEC y/o MCC. ○ Comprometer al participante en asistir a su cita. De no poder ir a la misma se orienta a que se comuniquen con el TEC o MCC para cambiar la fecha de esta. ○ Coordinar referido a otro servicio necesario.

ESCENARIO II: CUANDO LA PERSONA NO ES CONTACTADA	
Repetir intentos	Realizar intentos según las expectativas generales antes indicadas, a saber: ○ Realizar un mínimo de tres visitas al hogar (pueden ser más), a diferentes horarios (am y pm). ○ En caso de la persona no ser contactada en la primera visita, se espera que en menos de tres días se realice otra visita al hogar del/la participante.
Documentar	Documentar en formulario destinado para ello resultado de las gestiones realizadas y entregarlo al/la TEC o persona enlace del centro externo en la próxima reunión semanal de discusión de caso. Asimismo, en el expediente de la agencia se deberá documentar en detalle cada gestión realizada como parte del seguimiento al participante. Este seguimiento debe ser consistente sin que pasen largos periodos de tiempo en contactar a un participante que aún no ha sido alcanzado y/o enlazado a tratamiento.
Registrar servicios en CAREWare	Hacer entrada de datos correspondiente en Base de Datos (CAREWare).

Si la persona es enlazada a tratamiento, se debe tomar en consideración los siguientes procedimientos dependiendo si el enlace se logró para el CPTET u otro centro clínico.

DESPUÉS de la visita del proceso de búsqueda:

El seguimiento a través de llamadas consiste en trabajar la parte de **retención** mediante el seguimiento a citas o servicios:

1. **Recordatorio** de cita/s
 - a. Llamadas telefónicas o visitas al hogar
2. Confirmar **asistencia** a citas médicas con TEC o MCC
 - a. De no asistir se vuelve a establecer contacto con el/la participante sea vía telefónica o visita al hogar para volver a coordinar nueva cita. Se repite el proceso hasta poder ingresarle a cuidado. Estos intentos de establecer contacto pueden durar hasta un año en coordinación con el/la TEC o personal del centro externo.
 - b. De la persona asistir a su cita, se le da seguimiento a su próxima cita médica.

VI. Entrada de Datos en CAREWare

Las unidades de servicios relacionadas con este servicio se registrarán en el CAREWare 6.0, bajo la categoría de manejo de caso no clínico, siguiendo las guías establecidas en el Manual del CAREWare. La versión actualizada de este manual está disponible en la página electrónica del Departamento de Salud, bajo el Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Específicamente, serán registradas en el *CAREWare*, para la categoría de manejo de caso no clínico, las siguientes unidades de servicios contenidas en la Guía de Estándares para la Provisión de Servicios Esenciales Clínicos y de Apoyo Subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP vigente:

- ✓ Una actividad de coordinación con el TEC o Manejo de Caso Clínico para el referido de participantes.
- ✓ Un cernimiento o avalúo inicial completado de las necesidades psicosociales del participante para acceder y retenerse en cuidado.
- ✓ Un Plan de Acción Individualizado completado para satisfacer las necesidades psicosociales y de apoyo para asegurar el acceso y retención a cuidado del participante.
- ✓ Una actividad de coordinación de servicios para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del participante.
- ✓ Una actividad o intervención de seguimiento para acceso y retención a cuidado considerando las necesidades psicosociales del participante.

Anejos

Anejo 1: Hoja de Referido

Anejo 2: Consentimiento para Visitas al Hogar y/o Llamadas

Anejo 3: Plan de Acción Individualizado

Anejo 4: Consentimiento Universal para Pruebas de Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Enlace Temprano a Tratamiento

Referido para Enlace a Cuidado*

Fecha: _____

Referido por: _____

Programa: _____

Teléfono: _____

Email: _____ Fax. _____

Referido a: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Email: _____ Fax. _____

Nombre del cliente: _____

____ Caso nuevo diagnóstico

#SS. XXX-XX - _____

____ Caso previo

Fecha Nacimiento: _____

Resultado de la Búsqueda:

- ☐ Ingresado a cuidado médico
☐ Ingresado a manejo de caso
☐ No pudo ser localizado
☐ Falleció
☐ Recibe servicio en otra clínica
☐ Se trasladó fuera de PR
☐ Seguimiento de búsqueda
☐ Seguimiento en búsqueda para entrada a tratamiento
☐ Paciente no localizado
☐ Confinado/a
☐ Rechaza servicios. Si rechaza los servicios del CPTET, favor explicar las razones a continuación:
☐ _____
☐ _____
☐ _____

Intervención(es) provista(s) (marque todas las que apliquen):

- ☐ Orientación sobre el servicio de búsqueda de caso
☐ Orientación sobre el tratamiento y los medicamentos
☐ Orientación sobre los servicios de salud y apoyo disponibles
☐ Orientación sobre la importancia de asistir a cita médica
☐ Orientación sobre la documentación necesaria para los servicios de Ryan White Parte B/ADAP
☐ Recordatorio de citas para laboratorios y médico
☐ Coordinación de cita médica en clínica
☐ Coordinación de servicios de apoyo
☐ Identificación de la/s razón/es para abandonar
☐ Identificación de la/s razón/es para incumplimiento de recoger medicamentos
☐ Desarrollo de Plan de Acción Individualizado
☐ Entrevista inicial
☐ Intervención de Seguimiento
☐ Retención en Cuidado
☐ Otro: _____

Referido a:

- ☐ CPTET: _____
☐ Centro clínico externo: _____

Razón(es) para no acceder a tratamiento clínico:

- ☐ Olvido de cita
☐ Problemas / situación económica
☐ Hospitalización
☐ Disponibilidad de documentos
☐ No aceptación / negación de la condición
☐ Desconocimiento de servicios
☐ Manejo de otras condiciones de salud
☐ Falta de Transportación
☐ Cuido de un menor o enfermo
☐ Conflicto con horario de trabajo
☐ Miedo al rechazo
☐ Demora en obtener los servicios clínicos
☐ Desánimo/ no le importa
☐ Paciente encamado
☐ Otra: _____

Tipo de búsqueda (marque las que apliquen):

- ☐ Carta
☐ Teléfono
☐ Cara a cara
☐ Otro: _____
☐ Comentarios: _____
☐ _____

*Aunque este Protocolo está dirigido al personal de las agencias coordinadoras, los anejos de este son utilizados también por el personal TEC adscrito a los CPTETs.

Firma del/la Manejador de Caso

Fecha: _____

Firma del/la Trabajador/a de Enlace a Cuidado

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA VISITAS AL HOGAR Y LLAMADAS

Yo _____, edad _____, autorizo al personal de la Agencia Coordinadora _____, localizada en _____ a contactarme para conocer si comencé, estoy o 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 el manejo de la condición de VIH en los últimos 3 meses (Carga viral, CD4)
- ✓ No haber cumplido en el recogido e ingesta de los medicamentos para la condición de VIH, según las instrucciones del médico.
- ✓ No haber notificado al personal de la Clínica sobre cambios de lugar de tratamiento, traslado, mudanza dentro y fuera de Puerto Rico.

Favor de marcar todas las alternativas en que usted desearía que le contactemos. **El personal de la Agencia no ofrecerá información confidencial ni se identificará con el nombre de la Agencia 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; por lo que no se dará información a personas no autorizadas.

Consentimiento para llamadas telefónicas

☐ **No** ☐ **No consiento a llamadas telefónicas**

☐ **Si** ☐ **Consiento a llamadas telefónicas:**

- ☐ Se puede dejar mensaje sólo con el nombre del empleado (sin incluir el nombre de la Agencia)
- ☐ Se puede dejar mensaje con el nombre del empleado y número de teléfono de la Agencia (sin incluir el nombre de la Agencia)
- ☐ No se puede dejar mensajes

Teléfono del paciente: _____ Celular del Paciente: _____

Contactos: _____

Nombre

Relación

de Teléfono

Nombre

Relación

de Teléfono

Correo electrónico _____

Consentimiento para visitas al hogar

☐ **No** ☐ **No consiento a visitas en el hogar**

☐ **Sí** Consiento a ser visitado a mi hogar si discontinúo mi tratamiento clínico

- ☐ Se puede dejar notificación escrita de la visita sólo con el nombre del empleado (sin escribir el nombre de la Agencia)
- ☐ Se puede dejar notificación escrita de la visita con el nombre del empleado y número de teléfono de la Agencia (sin escribir el nombre de la Agencia)
- ☐ No se puede dejar notificación

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Consiento a compartir mi información para que la misma pueda ser utilizada en la coordinación de servicios provistos por _____ (Nombre de la Agencia) _____ y aquella que se requiera para el referido al centro clínico o CPTET _____.

- ☐ Sí, autorizo a compartir mi información para coordinar los servicios provistos por la agencia
- ☐ Sí, autorizo a compartir mi información con el centro clínico o CPTET
- ☐ No autorizo a compartir mi información para coordinar los servicios provistos por la agencia
- ☐ No autorizo a compartir mi información con el centro clínico o CPTET

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 para apoyarme en recibir servicios de apoyo que me permitan continuar con mi tratamiento médico y mejorar mi calidad de vida.

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

Nombre y Firma del Paciente

Fecha: _____

Nombre y Firma del Profesional que Orienta de la Agencia

Fecha: _____

ANEJO 3
Programa Ryan White Parte B/ADAP
PLAN DE ACCIÓN INDIVIDUALIZADO PARA ACCESO Y RETENCIÓN A CUIDADO

Nombre del participante: _____
 Núm. de Expediente: _____
 Nombre del Médico: _____
 Fecha de desarrollo de este Plan: ____/____/____

Nombre del Manejador/a de Caso No Clínico: _____
 Fecha admisión a cuidado clínico: ____/____/____
 Nombre del Manejador/a de Caso Clínico: _____
 Fecha de re-evaluación: ____/____/____

Página ____ de ____

Objetivos de la Intervención (Según razones identificadas en colaboración con participante)	Intervención a realizar (Estrategias que se utilizarán para el logro de cada intervención)	Fecha de Ejecución	Resultado			Observaciones (Logros/Barreras)
			Alcanzado	En Seguimiento	No se alcanzó	

COMPROMISO DE ACEPTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN INDIVIDUALIZADO: Certifico que he participado en la preparación de este Plan de Acción Individualizado. El mismo me fue explicado en todas sus partes. Entiendo los beneficios que aportará a mi tratamiento clínico. Me comprometo a realizar y colaborar en las intervenciones necesarias para junto al equipo clínico alcanzar los objetivos trazados en beneficio de mi salud. Mantendré una comunicación efectiva con el personal de manejo de caso sobre cualquier situación que pueda afectar el poder cumplir con este Plan para lograr enlazar a tratamiento y retenerme en cuidado.

 Firma del/la participante o Encargado

____/____/____
 Fecha

 Firma del/la Manejador/a de Caso No Clínico

____/____/____
 Fecha

ANEJO 4

Código VIH (Etiqueta Engomada)*

Consentimiento Universal para Pruebas de Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Enlace Temprano a Tratamiento

Lugar del Servicio:	Pueblo:	Código Postal:
---------------------	---------	----------------

Favor leer cada premisa que aparece en este documento y completar los espacios provistos, según corresponda.

1. **Se me ha orientado sobre los servicios que recibiré y de las implicaciones de los resultados y las alternativas para seguimiento y referidos a tratamiento.** Reconozco que hacerme las pruebas es una acción voluntaria; que mis derechos de privacidad y seguridad en el manejo de la información de salud serán salvaguardados y se garantizará la entrega de resultados de manera estrictamente **CONFIDENCIAL**. Se me explicó que de ser **menor de 21 años** puedo realizarme las pruebas sin la necesidad del consentimiento de padres o tutores, según lo dispone la Ley Núm.81 de 4 de junio de 1983, según enmendada (Ley Núm.81 de 1983).
2. **Acepto realizarme la(s) prueba(s) de detección de infecciones de transmisión sexual y VIH que se me ha(n) ofrecido y recibir el(los) resultado(s) de la(s) siguientes pruebas:**
☐ VIH ☐ Sífilis ☐ Clamidia/Gonorrea ☐ Otras
3. **Se me ha orientado que el recibir el(los) resultado(s) es tan importante como realizarme la(s) prueba(s).** Entiendo que si no asisto a recoger el(los) resultado(s) de esta(s) prueba(s) el personal del Departamento de Salud **puede localizarme**, independientemente de que mi(s) prueba(s) sean positiva o negativa, para ofrecerme servicios, referidos para pruebas adicionales y tratamiento de ser necesario, según lo dispone la Ley 81 de 1983. Un(a) Técnico(a) en Epidemiología del Departamento me puede contactar, localizar o entrevistar para ofrecerme el Servicio de Notificación de Parejas.
4. **Se me explicó lo siguiente:** 1) Qué significa obtener un resultado positivo preliminar en una prueba rápida o convencional para el VIH y la importancia de presentarme a mi cita médica para realizar una prueba que confirme mi diagnóstico final y comenzar tratamiento de ser necesario. 2) Si el resultado de la prueba de VIH es positivo, cómo se impacta mi salud si no comienzo o descontinuo mi tratamiento para VIH. 3) Por qué es importante presentarme a la visita médica luego de conocer el resultado de la prueba confirmatoria. 4) Qué puede ocurrir si descontinuo mi tratamiento sin consultarlo con las personas encargadas del cuidado de mi salud.
5. **Se me ha orientado y doy mi consentimiento que en caso de tener un resultado positivo al VIH y no presentarme a recibir servicios clínicos, el Departamento de Salud de Puerto Rico y los Centros Clínicos y de Apoyo Especializados en VIH, podrán referir mi caso a los servicios de búsqueda.** Este servicio es para ayudarme en el manejo de situaciones relacionadas a la condición, superarlas; dar seguimiento, enlazar o reenlazar a tratamiento y así continuar viviendo de forma saludable y con una mejor calidad de vida.

Certifico que recibí orientación sobre la información arriba presentada: _____

Primer apellido, segundo apellido, Nombre e Inicial	Selección de pronombre (El, Ella, Elle):	Fecha (dd/mm/aaaa)	ID:
Apodo:			
Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa) ____/____/____	Edad: _____	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Últimos # SS: _____
Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____	Direcciones: Física: _____ Postal: _____		Correo electrónico: _____
Contacto:	Relación:	Teléfono:	
Firma de quien recibe el servicio (En caso de no poder firmar, haga una X):	Firma de Testigo (Si quien recibe el servicio no pueda firmar o hacer una X):	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Profesional que Ofrece Orientación			
Nombre y puesto de quien provee el servicio:	Fecha (dd/mm/aaaa):	Firma:	
Entrega de Resultados			
Nombre de quien recibe el servicio:	Firma:	Fecha: (dd/mm/aaaa)	
Nombre de quien provee el servicio:	Firma:	Firma:	