



CONSENTIMIENTO PARA VISITAS AL HOGAR Y LLAMADAS

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

Qué significa el no comenzar o el discontinuar 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 | | | |
|---|-----------------------------|----------|---------------|
| <input type="checkbox"/> No No consiento a llamadas telefónicas | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí Consiento a llamadas telefónicas: | | | |
| <input type="checkbox"/> Se puede dejar mensaje sólo con el nombre del empleado (sin incluir el nombre de la Clínica) | | | |
| <input type="checkbox"/> Se puede dejar mensaje con el nombre del empleado y número de teléfono de la Clínica (sin incluir el nombre de la Clínica) | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 referido a los servicios de Alcance Comunitario de las Agencias Coordinadoras contratadas por el Departamento de Salud o el que provee la clínica, para ser visitado y/o contactado 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 Clínica)
- Se puede dejar notificación escrita de la visita con el nombre del empleado y número de teléfono de la Clínica (sin escribir el nombre de la Clínica)
- 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 clínica para apoyarme a continuar con mi tratamiento médico.

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

Nombre y Apellido del Profesional que Orienta

Firma del Profesional que Orienta

Revisado: Mayo 2022