



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 Servicio de Transportación Médica

Unidad de Servicios Complementarios de VIH

Rev. Abril 2025

## Versión del Protocolo

Número de Versión	Editores/as	Fecha de revisión	Descripción del cambio
1	Sr. Alexie Lugo y Dra. Norma Delgado	2013	Documento original
2	Sr. Alexie Lugo, Dra. Ángela Lozada y Dra. Norma Delgado	2016	Revisión de todas las secciones
3	Srta. Reina Pedrosa, Sr. Luis Pérez, Dra. Norma Delgado y Dra. Luz Marrero	2017	Revisión de todas las secciones
4	Srta. Reina Pedrosa, Sr. Luis Pérez, Lucianne De la Rosa Aquino, Zobeilee Coriano Merced, Dra. Norma Delgado y Dra. Luz Marrero	Diciembre 2019	Revisión de todas las secciones
5	Sr. Luis Pérez, Dra. Norma Delgado y Dra. Luz Marrero	Marzo 2021	Revisión de contenido en la sección II. Descripción del Servicio
6	Enid Rodríguez y Dra. Luz Marrero	Marzo 2022	Revisión de contenido en las secciones II y III
7	Dra. Ángela Lozada y Dra. Norma Delgado	Mayo 2022	Revisión de Procedimiento para proveer el servicio: CPTET
8	Lucianne De La Rosa, MA Dra. Luz Marrero	Octubre 2023	Revisión de contenido en la Sección II
9	Norma I. Delgado Mercado, MA, PhD Yomary Reyes Díaz, MPH, MHSA Lucianne De La Rosa Aquino, MA	Octubre 2024	Revisión del contenido para atemperarlo a la <i>Notificación de Aclaración de Política AC-24-001</i>
10	Norma I. Delgado Mercado, MA, PhD Yomary Reyes Díaz, MPH, MHSA Lucianne De La Rosa Aquino, MA	Abril 2025	Revisión de contenido relacionado a servicios de transportación médica considerados en situaciones especiales. Añadir la sección 3.3

<b>Número de Versión</b>	<b>Editores/as</b>	<b>Fecha de revisión</b>	<b>Descripción del cambio</b>
			<i>relacionada al Formulario de Referido de Psicología de Cuidado Primario para Coordinación de Transportación Médica.</i>

## I. Introducción


La Ley Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009 (Ley Ryan White) es una legislación aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en 1990, enmendada subsecuentemente en los años 1996, 2000, 2006 y 2009. Esta ley está dirigida a atender las brechas en cuidado y tratamiento no cubiertas de las personas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) mediante la subvención de servicios para el tratamiento de la condición del VIH en todas sus etapas, incluyendo SIDA, y de apoyo para mejorar el acceso y la retención en el continuo de cuidado (“continuum of care”). Los servicios subvencionados con fondos de la Ley Ryan White tienen el propósito de que las personas con diagnóstico positivo al VIH tengan acceso igual a servicios de calidad de manera que sostengan un nivel óptimo de salud.

El objetivo principal de la Ley Ryan White es complementar los servicios existentes mediante una red de proveedores que demuestren evidencia de su capacidad para atender a personas con diagnóstico positivo al VIH. Además, estos proveedores deben contar con una estructura administrativa sólida que les permita prestar servicios de manera eficiente.

El procedimiento que se presenta a continuación tiene como propósito establecer un esfuerzo coordinado que garantice la prestación uniforme del servicio de Transportación Médica, subvencionada a través de las agencias coordinadoras subreceptores de fondos del Programa Ryan White Parte B/ADAP (PRWB) en las regiones de salud a participantes elegibles, en cumplimiento con la política de pagador de último recurso.

Este Protocolo fue creado en el 2013, sin embargo, los cambios recientes en la cubierta de servicios para los beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno-Vital (PSG-Vital) y la publicación de la *Notificación de Aclaración de Política AC-24-001* del PRWB, a los fines de aclarar la política del Programa respecto a la provisión de los servicios de transportación médica para personas elegibles que son beneficiarias del PSG-Vital, han hecho meritoria esta actualización. Esperamos que esta versión sea de utilidad para el capital humano destacado en las agencias coordinadoras y en la red de centros clínicos del Programa Ryan White Parte B/ADAP; quienes fungen como Manejadores/as de Caso, Clínico y No Clínico, y coordinan la prestación de estos servicios.

Vo.Bo. \_\_\_\_\_



Dra. Norma I. Delgado Mercado

Directora

Programa Ryan White Parte B/ADAP

Fecha de Aprobación: 22 de abril de 2025

## II. Descripción del Servicio

El servicio de **Transportación Médica** es parte de los servicios de apoyo subvencionados por la Ley Ryan White para asegurar el acceso y retención a cuidado de salud de las personas con diagnóstico positivo a VIH que son elegibles. A través de este servicio, se puede proveer transportación a personas elegibles para acceder a servicios medulares de salud y de apoyo, cuando no hay disponible otra fuente de pago o proveedor disponible. Es importante destacar que el servicio de transportación médica subvencionado debe ser reportado como un servicio de apoyo en todos los casos, independientemente de si la persona es transportada a un servicio medular de salud o de apoyo.

Anualmente, para cada nuevo año fiscal, este servicio será descrito en la Guía de Estándares para la Provisión de Servicios Esenciales Clínicos y de Apoyo Subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP.

### A. Servicios de Transportación Médica Subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP:

HRSA/HAB en su **Policy Clarification Notice (PCN) 16-02** (Revised 10/22/18): **Ryan White HIV/AIDS Program Services: Eligible Individuals & Allowable Uses of Funds** define el servicio de transportación médica como la provisión de transportación, que no es de emergencia, que permita al/la participante acceder o retenerse en servicios clínicos medulares o de apoyo.

Esta categoría de servicios incluye **servicios de transportación para asistir a citas médicas, citas de salud mental, servicios de diagnóstico y laboratorio, cuidado de salud oral, consejería nutricional, recogido de suplementos nutricionales y vale de alimentos, entre otros servicios de apoyo subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP.** Entre los **servicios de apoyo** el Programa ha ampliado los servicios permitidos para incluir transportaciones a: HOPWA, Medicaid, Seguro Social, Oficinas de Ayuda al Ciudadano Municipales y para agencias que ofrezcan ayuda para tramitar servicios de vivienda.

Específicamente, en el caso de los servicios de **Vivienda Temporera**, se podrá ofrecer el servicio de transportación médica, si el mismo no está incluido como parte de los servicios que se le prestan al participante en el centro u hogar temporero, según establecido en el contrato entre la agencia coordinadora y el proveedor de estos servicios.

En el caso de los servicios de **Comida a Domicilio**, la expectativa es que el proveedor del servicio entregue la comida preparada en el hogar o residencia del participante. Es decir, nos referimos a cuando el proveedor que prepara la comida es el mismo que la lleva o la entrega al hogar del participante.

Además, son subvencionados servicios de transportación para que los/as participantes asistan a reuniones del Comité de Calidad de una Agencia Coordinadora

o Centro Clínico, el Grupo de Planificación del Programa Ryan White Parte B/ADAP, el Comité Guía de Calidad y el Comité Integral de Calidad del Programa Ryan White Parte B/ADAP. Este tipo de transportación debe ser diferenciada por la agencia coordinadora de la que ofrece para acceder a servicios de tratamiento y apoyo como transportaciones provistas para reuniones relacionadas con *planificación* o *calidad*, según corresponda. Por tanto, para la prestación de este servicio y su facturación, además de la Hoja de Referido de Manejo de Caso No Clínico, la agencia coordinadora debe asegurarse de incluir el formulario de **Transportaciones Provistas para Reuniones Relacionadas con Planificación o Calidad** (ANEJO A) y la **Hoja de Servicio de Transportación** (ANEJO B) en la que deben identificar en el renglón correspondiente, el propósito del servicio, esto es; Reunión del Grupo de Planificación o Reunión del Comité de Calidad.

Asimismo, se podrá ofrecer el servicio de transportación médica para grupos de apoyo, que han sido coordinados con el aval del Programa, para lograr o mantener la adherencia de las personas con su cuidado médico.

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. Además, en caso de que sea necesario, se podrá coordinar transportación terrestre una vez el/la participante llegue a la Isla Grande mediante vales o tarjetas específicas para el servicio de transportación.

**A.1. Lista de ejemplos de servicios para los que se puede ofrecer el servicio de transportación médica y aquellos no permitidos:**

<b>Solicitud de Viajes</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Servicios de Salud Ambulatorios	X	
Cuidado de Salud Oral	X	
Terapia Médico Nutricional	X	
Programa Medicaid/Plan de Salud del Gobierno	X	
Asistencia Económica de Emergencia: Vale de alimentos del Programa RWB	X	
Manejo de Caso No Clínico: Certificación de RWB	X	
Seguro Social	X	
HOPWA	X	
Visitar agencias externas para solicitar servicios de equipo médico y despacho de suplido	X	
Visitar agencias externas para pagos de utilidades o servicios de vivienda	X	
Cita en el Programa de Asistencia Nutricional (PAN) del Departamento de la Familia	X	
Realizar compra del PAN	X	
Visitar la Oficina de Ayuda al Ciudadano de los Municipios	X	
Corporación del Fondo de Seguro del Estado		X

<b>Solicitud de Viajes</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Grupo de Apoyo	X	
Primera visita al médico primario para beneficiarios del Plan Vital con el fin de tramitar servicios de transportación por medio de su plan médico	X	
Recogido de documentación relacionada a tratamiento en la oficina del médico primario.	X	

Para la evaluación de otras necesidades de transportación o de tener dudas con otros viajes que pudieran ser permitidos, la agencia subrecipiente podrá someter una Solicitud de Autorización de Servicio (Visto Bueno) al Programa Ryan White Parte B/ADAP para evaluación.

**No son permitidos servicios de transportación para actividades sociales, recreacionales o religiosas.**

**B. Cumplimiento Normativo al Prestar los Servicios de Transportación Médica Subvencionados por fondos del PRWB:**

Los fondos Ryan White se utilizan para cubrir las brechas de cobertura y servicios de las personas con diagnóstico de VIH. Esto en cumplimiento con las normativas y regulaciones federales aplicables a los recipientes y subrecipientes de estos fondos, incluyendo el cumplimiento con la política de pagador de último recurso. Por tanto, los servicios de Transportación Médica subvencionados por el PRWB deben brindarse respetando los parámetros regulatorios establecidos en la normativa federal aplicable, que incluye:

- Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009, codificada en el Título XXVI de la Public Health Service Act, según enmendada (42 U.S.C. §§300ff-11 et seq.);
- Determining Client Eligibility & Payor of Last Resort in the Ryan White HIV/AIDS Program - Policy Clarification Notice 21-02;
- Ryan White HIV/AIDS Program Services: Eligible Individuals & Allowable Uses of Funds Policy Clarification Notice (PCN) #16-02); y,
- Las políticas aplicables del Code of Federal Regulations (CFR) de los EE. UU.

Asimismo, respecto a los servicios de Transportación Médica, de conformidad con los Estándares Nacionales de Monitoría Programáticos de HRSA/HAB para los Programas Ryan White Parte B (revisados en junio de 2023), es responsabilidad del subrecipiente de fondos documentar:

1. El nivel de servicios y cantidad de viajes provistos
2. La razón de cada viaje y su relación con acceder servicios de clínicos y de apoyo
3. El origen del viaje y su destino
4. La elegibilidad del participante
5. El costo de cada viaje

6. El método utilizado para satisfacer la necesidad de la transportación requerida

En cumplimiento con estas definiciones y normativas, y evitando la duplicidad en el uso de fondos, la necesidad del servicio de transportación médica debe considerar la regulación de pagador de último recurso, pero a la vez ser cauteloso en no imponer requisitos adicionales que puedan suponer un reto en el acceso a los servicios esenciales de salud y apoyo relacionados al VIH. Esto evaluando caso a caso los retos que puedan enfrentar las personas con diagnóstico positivo al VIH en el acceso a estos servicios a través de las aseguradoras u otras fuentes de pago primarias.

**C. Procedimiento para Proveer el Servicio de Transportación Médica:**

La prestación de los servicios de transportación médica puede coordinarse en dos escenarios, de acuerdo con dónde el/la participante haya acudido a buscar el servicio. Estos escenarios son el Centro de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) y la agencia coordinadora contratada en la región de salud donde el/la participante reside o acude a buscar el servicio. Sin embargo, aunque las coordinaciones ocurrirán en estos dos escenarios, las personas podrán solicitar transportaciones para asistir a citas médicas en otros centros clínicos adicionales a los CPTETs. En ambos escenarios, al coordinar los servicios, deberán considerarse los criterios requeridos para la prestación de servicios de transportación médica a beneficiarios del PSG-Vital, en cumplimiento con las guías establecidas en la *Notificación de Aclaración de Política AC-24-001* del PRWB. Asimismo, deberán considerarse, además, las guías para las situaciones especiales detalladas en este protocolo.

**1. Centro de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET)**

En el caso de que el/la participante acuda al Centro de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET), el/la Manejador/a de Caso Clínico (MCC), una vez auscultada o evidenciada la necesidad del servicio de transportación con el/la participante, considerando las guías establecidas en la *Notificación de Aclaración de Política AC-24-001* del PRWB, preparará un referido dirigido al personal de Manejo de Caso No Clínico (MCNC) de la agencia coordinadora de la región. En este referido se especificará la necesidad del servicio de transportación y la información del/la participante. Además de completar el Referido de forma manual o electrónica, el personal de MCC deberá generar un referido también a través del sistema CAREWare.

Cada agencia coordinadora tiene sus procedimientos internos en cuanto al tiempo previo requerido para coordinar los viajes con el transportista, y para cancelar y reprogramar los viajes, entre otras consideraciones. Por lo tanto, es importante que haya comunicación entre los/as Manejadores/as de Caso Clínico y los/as Manejadores/as de Caso No Clínico para que el servicio se preste de forma efectiva. Así también, el/la Manejador/a de Caso No Clínico deberá



orientar en detalle al participante sobre el servicio coordinado, hora, fecha y lugar en que se proveerá el servicio.

La coordinación de este servicio provisto por la agencia podrá ser gestionado por vías telefónicas y electrónicas (con los documentos debidamente encriptados) en las situaciones en las que se dificulte la visita presencial.

El/la Manejador/a de Caso Clínico puede comunicarse con el/la Manejador/a de Caso No Clínico de la agencia coordinadora para cerciorarse de que el servicio está disponible y validar si el/la participante tiene expediente abierto en la agencia coordinadora. El/la Manejador/a de Caso Clínico deberá aprovechar la llamada para verificar si el expediente abierto contiene los documentos requeridos actualizados para evidenciar la elegibilidad del/la participante para recibir servicios subvencionados con fondos de la Parte B.

Como parte del proceso de referido del participante para recibir servicios de transportación médica en una agencia coordinadora, el/la Manejador/a de Caso Clínico verificará con el/la participante si autoriza el intercambio de su información y documentos a través del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico. De ser así, el/la participante firmará la autorización de divulgación con este propósito, y se cumplimentará el Formulario de Elegibilidad para Servicios de Ryan White.

El Formulario, debidamente completado y firmado, e integrado al Sistema de Elegibilidad Ryan White, será suficiente para evidenciar la elegibilidad del participante. Aunque el sistema incluye encasillados para incorporar los documentos que acreditan cada criterio de elegibilidad, su inclusión es opcional, no requerida. Por tanto, el Formulario completado y firmado será suficiente para cumplir con el requisito de elegibilidad del Programa.

En estos casos, solo se solicitarán al participante aquellos documentos adicionales necesarios para coordinar servicios específicos. Sin embargo, respecto a la elegibilidad, contar con el Formulario mencionado será suficiente. Para más detalles, se pueden seguir las guías del **Manual de Entrada de Datos al Sistema de Elegibilidad de Ryan White**, disponible en <https://rwelegibilidadpr.salud.pr.gov>.

Si el/la participante no autoriza el intercambio de su información a través de este sistema, se seguirá el proceso habitual para determinar su elegibilidad y gestionar el referido para recibir servicios de transportación médica subvencionada a través de las agencias coordinadoras.

Como parte del proceso habitual, en el caso de que el/la participante no autorice a compartir su información a través del sistema de elegibilidad y no tenga expediente abierto en la agencia coordinadora o haya documentación faltante en el expediente, el/la Manejador/a de Caso No Clínico podrá solicitar apoyo al/la Manejador/a de Caso Clínico para que el referido del/la Manejador/a de Caso

Clínico venga acompañado de los documentos correspondientes o para que pueda facilitar los documentos faltantes durante el proceso de seguimiento al referido, si estos documentos se encuentren en el expediente clínico.

En el caso de que los documentos necesarios para evidenciar la elegibilidad del participante no se encuentren en el expediente clínico, el Manejador de Caso No Clínico deberá llamar al participante para orientarle sobre los documentos de elegibilidad que deberá presentar en la agencia coordinadora para poder recibir los servicios de transportación. Será responsabilidad del Manejador/a de Caso No Clínico solicitar al/la participante los documentos directamente y apoyarle en la búsqueda de dichos documentos.

En las situaciones en donde el/la participante ha verbalizado que se ausenta a sus citas médicas por la necesidad de transportación y que necesita el servicio de transportación para llegar al CPTET o centro clínico, pero se le dificulta llegar hasta la agencia coordinadora para llevar la documentación requerida, el/la Manejador(a) de Casos Clínico discutirá la situación con el/la Manejador/a de Caso No Clínico, para coordinar la cita y la entrevista en el CPTET. El/la Manejador/a de Caso No Clínico podrá entrevistar al participante mientras la persona está en el CPTET o centro clínico y así recoger la documentación requerida para coordinar el servicio de transportación que necesite el/la participante. A tales efectos, el presupuesto de millaje que cada agencia tiene disponible para la categoría de Manejo de Caso No Clínico se podrá utilizar para el desplazamiento de este personal a la clínica. El/la Manejador/a de Caso Clínico debe asegurarse que la documentación mínima requerida por la agencia coordinadora esté disponible el día que el/la participante sea citado/a.

De no estar disponible el servicio de transportación a través de la agencia coordinadora, el/la Manejador/a de Caso No Clínico buscará alternativas en agencias de otras regiones, a través del/la Coordinador/a de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH. Del servicio no estar disponible en otras agencias, el/la Manejador/a de Caso de la agencia coordinadora retendrá el referido para recalendarizar el servicio, de ser posible, y/o buscar otras alternativas viables para su prestación

## **2. Agencia Coordinadora**

Si el/la participante acude directamente a la agencia coordinadora, el/la Manejador/a de Caso No Clínico, una vez haya auscultado la necesidad del servicio y evidenciado la elegibilidad del/la participante para recibir el mismo, considerando las guías establecidas en la *Notificación de Aclaración de Política AC-24-001*, procederá a hacer los arreglos pertinentes para coordinar el servicio con el transportista contratado por la agencia coordinadora para prestar los servicios de transportación. El/la Manejador/a de Caso No Clínico deberá orientar en detalle al participante sobre el servicio coordinado, hora, fecha y lugar en que se proveerá el servicio.

De identificarse la disponibilidad del servicio de transportación médica a través de un proveedor de Ryan White en la región, como parte del proceso de referido para recibir estos servicios en otra agencia coordinadora o proveedor disponible, el/la Manejador/a de Caso No Clínico verificará con el/la participante si autoriza el intercambio de su información y documentos a través del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico. De ser así, el/la participante firmará la autorización de divulgación con este propósito, y se completará el *Formulario de Elegibilidad para Servicios de Ryan White*.

Este Formulario, debidamente completado, firmado e integrado al Sistema de Elegibilidad Ryan White, será suficiente para evidenciar la elegibilidad del participante. Aunque el sistema permite adjuntar individualmente los documentos que evidencian cada criterio de elegibilidad, su incorporación es opcional, no obligatoria. Por lo tanto, el Formulario completado y firmado por todas las partes correspondientes es suficiente para cumplir con el requisito de elegibilidad del Programa. En estos casos, solo se requerirá al participante los documentos necesarios para coordinar el servicio. Para más información puede acceder el **Manual de Entrada de Datos al Sistema de Elegibilidad de Ryan White** en <https://rwelegibilidadpr.salud.pr.gov>.

Si el/la participante no autoriza el intercambio de su información a través del sistema, se seguirá el proceso habitual para determinar su elegibilidad y gestionar el referido a otras agencias o centros disponibles. Para la coordinación de los servicios a través del personal de los CPTETs, por favor consulte la sección anterior.

En los casos en que las citas médicas sean en otros centros clínicos, el/la Manejador/a de Caso No Clínico coordinará la transportación documentando la necesidad del/la participante para llegar a estos otros centros y la falta de disponibilidad del servicio o de fondos para subvencionar el servicio de transportación médica en esos centros clínicos.

De no estar disponible el servicio de transportación a través de la agencia, el/la Manejador/a de Caso No Clínico buscará alternativas para la prestación del servicio en agencias de otras regiones, a través del/la Coordinador/a de la Unidad de Servicios Complementarios de VIH. Del servicio no estar disponible en otras agencias, el/la Manejador/a de Caso de la agencia coordinadora retendrá el referido para recalendarizar el servicio, de ser posible, y/o buscar otras alternativas viables para la prestación de este.

### **3. Servicios de Transportación Médica para Beneficiarios del PSG-Vital:**

Considerando las guías establecidas en la *Notificación de Aclaración de Política AC-24-001* del PRWB, el servicio de transportación médica cubierto por los fondos de Ryan White Parte B/ADAP estará disponible para las personas elegibles que a su vez son

beneficiarias del Plan de Salud del Gobierno (PSG-Vital) bajo las siguientes circunstancias:

- **Falta de Respuesta o Denegación del Servicio por Parte de la Aseguradora del Plan Vital**- El participante deberá evidenciar que, tras iniciar el proceso de pre-autorización con su aseguradora, no ha recibido una respuesta oportuna o que el servicio ha sido formalmente denegado.
- **Necesidad de Acceso a Servicios Médicos Primarios**- En los casos donde el participante requiere el servicio de transportación para iniciar o continuar el proceso de solicitud de servicios médicos, y la transportación no está disponible a través de su aseguradora del Plan Vital.
- **Interrupciones en el Tratamiento**- Si la falta de acceso al servicio de transportación a través de las aseguradoras del Plan Vital representa una interrupción en el tratamiento que pueda afectar la salud y bienestar del participante, el servicio puede ser cubierto por los fondos de Ryan White Parte B/ADAP.

### 3.1 Documentos y Procedimiento:

Para acceder a estos servicios de transportación médica subvencionados por fondos Ryan White, los participantes deberán presentar evidencia que documente los intentos de gestionar la transportación a través de su aseguradora del Plan VITAL, así como cualquier denegación formal de la misma. Se deberá documentar el servicio mediante los siguientes documentos:

1. Carta de denegación de la aseguradora o documentación de las gestiones realizadas en los casos que no hubo respuesta oportuna para cumplir con el procedimiento de pre-autorización del servicio.
2. Correo electrónico o notas de comunicación con el proveedor de servicios médicos
3. Cualquier otra documentación relevante; como confirmaciones de cita médica en el médico primario de VIH

El manejador de casos clínico o de apoyo evaluará el caso utilizando el **Formulario para Documentación de Excepciones en la Prestación de Servicios de Transportación Médica a Beneficiarios del Plan Vital con Fondos de Ryan White Parte B/ADAP (ANEJO C)** y certificará que el participante con diagnóstico de VIH ha sido debidamente orientado sobre la disponibilidad de servicios de transportación a través del PSG- Plan Vital, y que se ha agotado el proceso de pre-autorización. Cabe destacar que, bajo el principio de pagador de último recurso, los servicios de transportación médica no deberán sustituir el beneficio al que es elegible el participante por su plan médico público o privado. Por tanto, los fondos Ryan White solo se utilizarán de manera excepcional cuando el participante no tenga acceso razonable u oportuno a los servicios de transportación.

En el contexto de los servicios de salud, un servicio oportuno es aquel que se proporciona sin demoras innecesarias, asegurando que el participante reciba la atención o el tratamiento justo cuando lo necesita para prevenir complicaciones o deterioros en su salud.

### 3.2 Existen situaciones especiales que se consideran a continuación:

Este protocolo aborda situaciones especiales para facilitar el acceso a servicios esenciales de salud para personas con diagnóstico positivo a VIH, garantizando transportación y manejo adecuado según cada caso particular. Se incluyen disposiciones específicas para personas fuera de tratamiento y sin cubierta médica, exconfinadas, y aquellas con resultados preliminares de pruebas rápidas de VIH, asegurando flexibilidad en la coordinación y entrega de los servicios mientras se completa la documentación requerida.

<b>SITUACIONES ESPECIALES</b>	
<b>Personas con Pruebas Rápidas de VIH</b>	En los casos de personas con resultados positivos para pruebas ELISA convencional o pruebas rápidas de VIH, estas pruebas podrán aceptarse como criterio de elegibilidad diagnóstica exclusivamente para los servicios de Manejo de Caso, Acceso y Retención a Cuidado (Búsqueda), y Transportación que faciliten el acceso a un centro clínico donde realicen pruebas confirmatorias de VIH.
<b>Personas fuera de tratamiento</b>	En los casos de las personas fuera de tratamiento que hayan sido alcanzadas, y no cuenten con la documentación requerida, se permitirá la coordinación del servicio de transportación médica con la agencia coordinadora para estas acceder a tratamiento. El participante tendrá hasta treinta (30) días para completar su expediente con los documentos.
<b>Personas que no puedan evidenciar algún criterio de elegibilidad</b>	En estos casos, el servicio de transportación podrá ofrecerse de forma provisional por un periodo de hasta 30 días, al completar la Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White.

SITUACIONES ESPECIALES	
<b>Personas exconfinadas</b>	Con relación a las personas con diagnóstico positivo a VIH que acaban de salir de instituciones correccionales, para que estas puedan acceder tratamiento, se les podrá ofrecer el servicio de transportación y coordinar los servicios con la evidencia diagnóstica y la boleta de excarcelación o certificado de libertad. La persona tendrá hasta 30 días para completar toda la documentación de elegibilidad requerida. De presentarse situaciones particulares donde una persona no cuenta con este mínimo de documentación, el/la manejador/a de caso no clínico se comunicará con el/la Coordinador/a de la Unidad de Enlace y Retención a Cuidado al 787-522-3963 o al correo electrónico <a href="mailto:ryanwhite@salud.pr.gov">ryanwhite@salud.pr.gov</a> , en la que incluya la información del participante encriptada.

### 3.3 Formulario de Referido de Psicología de Cuidado Primario para Coordinación de Transportación Médica

Como parte del protocolo de acceso a servicios de transportación médica para personas con diagnóstico de VIH beneficiarias del Plan Vital en Puerto Rico, se establece el uso del **Formulario de Referido de Psicología de Cuidado Primario para Coordinación de Transportación Médica** (Anejo D). Este documento debe ser completado por el personal de psicología de cuidado primario de los participantes de servicios en los CPTETs. El 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.

El 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.

Además, el formulario solicita la certificación del profesional de psicología, lo cual garantiza que la solicitud está debidamente fundamentada y cumple con los principios del Programa Ryan White Parte B/ADAP, como “pagador de último recurso”, ya que la situación del participante dificulta recibir el servicio de manera oportuna.

### III. Entrada de Datos a CAREware 6.0 (CW)

La distinción entre transportación para Planificación o Calidad también deberá hacerse en la entrada de datos de CW. Bajo el servicio de Transportación Médica en el sistema se tienen que especificar las razones para ofrecer la transportación, a saber: 1) Cita Médica o de Apoyo; 2) Grupo de Planificación; o 3) Comité de Calidad. Por otra parte, se mantienen los subservicios de boletos de avión y los vales o tarjetas prepagadas, definidos a continuación.

Nombre del Servicio de Transportación	Razón para la Transportación
Viaje por avión	Un viaje por avión ya sea desde Vieques o Culebra en una sola dirección se considerará una unidad de servicio. Un viaje ida y vuelta por avión se considerarán dos unidades de servicio.
Vale o tarjeta prepagada	Una tarjeta prepagada o vale de transportación entregado a un cliente se considerará una unida de servicio.

Por tanto, en el CAREWare le aparecerán cinco opciones principales para los subservicios de transportación. Una vez seleccionada una de las opciones, según corresponda, deberá especificar la Razón de la Transportación. Entre las razones a escoger se encuentran las siguientes: a. **cita médica o de apoyo**, b. **reunión Grupo de Planificación** y c. **reunión del Comité de Calidad**.

Nombre del Servicio de Transportación	Razón para la Transportación
En una sola dirección	Cita médica o de apoyo Reunión del Grupo de Planificación Reunión Comité de Calidad
Ida y vuelta	Cita médica o de apoyo Reunión del Grupo de Planificación Reunión Comité de Calidad
Viaje por avión en una sola dirección	Cita médica o de apoyo Reunión del Grupo de Planificación Reunión Comité de Calidad
Viaje por avión ida y vuelta	Cita médica o de apoyo Reunión del Grupo de Planificación Reunión Comité de Calidad
Tarjeta prepagada o vale de transportación	Cita médica o de apoyo Reunión del Grupo de Planificación Reunión Comité de Calidad

En lo que respecta a los viajes de avión, una vez usted seleccione esta opción, le aparecerá la opción de residencia del participante (Vieques o Culebra). Luego

procederá a escoger la razón principal de la transportación.

A continuación, se presenta el proceso a seguir en CAREWare.

## 1. En la pestaña de Servicios

Date	Subservice	Contract	Units	Price	Total	Amount Received	Provider	PERSONAL	# DE REFERIDO
01/13/2020	MHIPONCE/ Llamadas telefónicas	PROGRAMA PSIC.	1	\$0.00	\$0.00	\$0.00	RW-CAGUAS		
01/13/2020	MHIPONCE/ DISCUSION DE CASOS	PROGRAMA PSIC.	1	\$0.00	\$0.00	\$0.00	RW-CAGUAS		
01/13/2020	CM/COORDINACION DE REFERIDOS	APSAPS CAGUAS	1	\$0.00	\$0.00	\$0.00	APSAPS DE CAGU MANEJO DE CASC 7595		
12/20/2019	CM Intervención de Seguimiento	APSAPS CAGUAS	1	\$0.00	\$0.00	\$0.00	APSAPS DE CAGU MANEJO DE CASC		
12/20/2019	MNT/SUPLEMENTOS NUTRICIONALES	APSAPS CAGUAS	4	\$0.00	\$0.00	\$0.00	APSAPS DE CAGU MANEJO DE CASC 7437		
12/09/2019	MHIPONCE/ DISCUSION DE CASOS	PROGRAMA PSIC.	1	\$0.00	\$0.00	\$0.00	RW-CAGUAS		
12/09/2019	MHIPONCE/ INTERVENCION EN CRISIS	PROGRAMA PSIC.	1	\$0.00	\$0.00	\$0.00	RW-CAGUAS		
12/09/2019	MT/SERVICIO DE TRANSPORTACION IDA Y VUELTA	APSAPS CAGUAS	2	\$40.50	\$81.00	\$0.00	APSAPS DE CAGU MANEJO DE CASC 7146		
12/09/2019	MHIPONCE/ ORIENTACION Y/O CONSEJERIA	PROGRAMA PSIC.	1	\$0.00	\$0.00	\$0.00	RW-CAGUAS		
12/06/2019	CM Actualización del Plan individual	APSAPS CAGUAS	1	\$0.00	\$0.00	\$0.00	APSAPS DE CAGU MANEJO DE CASC		
12/06/2019	MT/SERVICIO DE TRANSPORTACION IDA Y VUELTA	APSAPS CAGUAS	2	\$40.50	\$81.00	\$0.00	APSAPS DE CAGU MANEJO DE CASC 7145		

## 2. Seleccionar añadir servicio.

Escoger entre los servicios de:

- A. Servicio de Transportación en una sola dirección
- B. Servicio de Transportación ida y vuelta
- C. Tarjeta prepagada o vale de transportación
- D. Viaje por avión en una sola dirección
- E. Viaje por avión ida y vuelta

Find Client > Search Results > Demographics > Services

Save Save And Add Add Receipt Back

### Add Service

Client: [Redacted]

Date: 04/01/2022

Contract: [Redacted] 2022-23

Service Category: Medical Transportation Services

Service Name: [Redacted]

- MT/SERVICIO DE TRANSPORTACION EN UNA SOLA DIRECCION
- MT/SERVICIO DE TRANSPORTACION IDA Y VUELTA
- MT/TARJETA PREPAGADA O VALE DE TRANSPORTACION
- MT/VIAJE POR AVION EN UNA SOLA DIRECCION
- MT/VIAJE POR AVION IDA Y VUELTA



Find Client > Search Results > Demographics > Services > Add Service > Add Service

Save Back

**Next**

Client: [Redacted]

Date: 1/16/2020

Service Name: MT/SERVICIO DE TRANSPORTACION EN UNA SOLA DIRECCION

Contract: [Redacted]

Units: 1

Price: 0.00 \$

Total: 0.00 \$

[Redacted]

3. Seleccionar la Razón de la Transportación de las siguientes opciones:

- Cita médica o de apoyo
- Reunión Grupo de Planificación
- Reunión Grupo de Calidad

Find Client > Search Results > Demographics > Services

Save Save And Add Add Receipt Back

**Add Service**

Client: [Redacted]

Date: 04/01/2022

Contract: 2022-23

Service Category: Medical Transportation Services

Service Name: MT/VIAJE POR AVION EN UNA SOLA DIRECCION

Units: 1

Price: 0.00 \$

Total: 0.00 \$

NUMERO DE FACTURA: [Redacted]

# DE REFERIDO: [Redacted]

RAZON DE LA TRANSPORTACION: CULEBRA  
VIEQUES

Find Client > Search Results > Demographics > Services

Save Save And Add Add Receipt Back

**Add Service**

Client: [Redacted]

Date: 04/01/2022

Contract: 2022-23

Service Category: Medical Transportation Services

Service Name: MT/VIAJE POR AVION EN UNA SOLA DIRECCION

Units: 1

Price: 0.00 \$

Total: 0.00 \$

NUMERO DE FACTURA: [Redacted]

# DE REFERIDO: [Redacted]

RAZON DE LA TRANSPORTACION: CITA MEDICA O DE APOYO  
REUNION COMITE DE CALIDAD  
REUNION GRUPO DE PLANIFICACION

4. Guardar el servicio.

# **ANEJOS**

**Transportaciones Provistas para Reuniones Relacionadas con Planificación o Calidad**

Este documento debe acompañar la factura mensual en los casos que se haya provisto trasportación para los grupos de **Planificación** o **Calidad** del Programa Ryan White Parte B (PRWB) o para las reuniones del Comité de Calidad de la Agencia Coordinadora.

#	Fecha en que se ofreció la transportación	Nombre de la Persona a la que se le ofreció el servicio de transportación	Motivo para ofrecer la transportación. Favor marcar <input checked="" type="checkbox"/> la opción que aplique.	Costo de la transportación
1			Reunión del Grupo de Planificación de RWB	
			Reunión del Comité Guía de Calidad de RWB	
			Reunión del Comité Integral de Calidad de RWB	
			Comité de Calidad de Agencia/CPTET	
2			Reunión del Grupo de Planificación de RWB	
			Reunión del Comité Guía de Calidad de RWB	
			Reunión del Comité Integral de Calidad de RWB	
			Comité de Calidad de Agencia/CPTET	
3			Reunión del Grupo de Planificación de RWB	
			Reunión del Comité Guía de Calidad de RWB	
			Reunión del Comité Integral de Calidad de RWB	
			Comité de Calidad de Agencia/CPTET	
4			Reunión del Grupo de Planificación de RWB	
			Reunión del Comité Guía de Calidad de RWB	
			Reunión del Comité Integral de Calidad de RWB	
			Comité de Calidad de Agencia/CPTET	
<b>TOTAL DEL GASTO MENSUAL EN PLANIFICACIÓN</b> (Reuniones del Grupo de Planificación)				\$
<b>TOTAL DEL GASTO MENSUAL EN CALIDAD</b> (Reuniones del Comité Guía de Calidad, Comité Integral de Calidad y Comité de Calidad de Agencia Coordinadora)				\$

**Programa Ryan White Parte B/ADAP  
Protocolo para Transportación Médica**

**NOMBRE DEL** PROVEEDOR  
DIRECCIÓN & TEL.  
ORGANIZACIÓN QUE SIRVE

**HOJA DE SERVICIO DE TRANSPORTACIÓN**

**I. Propósito del (los) Servicios:**

\_\_\_ Servicio Médico y/o de Apoyo      \_\_\_ Reunión Grupo de Planificación      \_\_\_ Reunión de Comité Calidad

**II. Información del Participante**

1. Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ 2. Fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_  
3. Número de Referido: \_\_\_\_\_ 4. PIN o Número de Expediente: \_\_\_\_\_

**III. Información del Servicio**

1. Hora de Recogido: _____	1. Hora de Recogido: _____
2. Desde: _____	2. Desde: _____
3. Hasta: _____	3. Hasta: _____
4. Hora de Llegada: _____	4. Hora de Llegada: _____
5. Costo del Viaje de Ida: _____	1. Costo del Viaje de Ida: _____

1. Hora de Recogido: _____	1. Hora de Recogido: _____
2. Desde: _____	2. Desde: _____
3. Hasta: _____	3. Hasta: _____
4. Hora de Llegada: _____	4. Hora de Llegada: _____
5. Costo del Viaje de Ida: _____	5. Costo del Viaje de Ida: _____

**IV. Información del Conductor y Participante**

1. Nombre del Conductor (en letra de molde): _____	1. Nombre del Conductor (en letra de molde): _____
2. Firma del Conductor: _____	2. Firma del Conductor: _____
3. Número de Licencia: _____	3. Número de Licencia: _____
4. Comentarios: _____ _____	

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_

Firma del Acompañante: \_\_\_\_\_ Fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_

Costo del Viaje: \_\_\_\_\_  
Ambulancia: \_\_\_\_\_  
Acompañante: \_\_\_\_\_  
Sillón de rueda: \_\_\_\_\_  
Costo total del servicio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado de la Compañía  
\_\_\_\_\_  
Puesto que ocupa

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

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

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

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

**I. Información del Participante:**

1. Nombre Completo:	2. Número de Expediente:
3. Número de Identificación del Plan Vital: _____	5. Número de Teléfono: _____
4. Aseguradora: _____	6. Correo electrónico: _____

**II. Necesidad y Justificación del Servicio de Transportación Médica**

1. Fecha del servicio solicitado: (día/mes/año) ____/____/____	2. Propósito del Servicio: _____ Fecha de la cita: _____
---	---

3. Razones por las cuales el participante no puede cubrir el servicio de transportación:

\_\_\_ No cuenta con vehículo personal o del núcleo familiar

\_\_\_ No cuenta con un recurso de apoyo disponible para transportarlo al servicio

\_\_\_ Otra razón: \_\_\_\_\_

*Favor describa detalladamente:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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**

**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:
---	--

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

**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**

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):**

\_\_\_\_\_



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

<b>Instrucciones:</b> Este formulario debe ser completado por el/la psicólogo (a) de cuidado primario 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.		
<b>CPTET:</b> <input type="checkbox"/> Arecibo <input type="checkbox"/> Bayamón <input type="checkbox"/> Caguas <input type="checkbox"/> Carolina <input type="checkbox"/> Fajardo <input type="checkbox"/> Mayagüez <input type="checkbox"/> Ponce <input type="checkbox"/> CLET		
<b>I. Información del participante</b>		
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:
<b>II. Diagnóstico Clínico</b>		
1. Diagnóstico Principal de Salud Mental (ICD-10-CM):		
2. En la actualidad, ¿está en tratamiento?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica		
<b>III. Evaluación de Desafíos para Solicitar Servicios de Transportación Según el Procedimiento de la Aseguradora del Plan Vital</b>		
<p>1. <b>¿El participante presenta algún reto en funcionalidad relacionado con su diagnóstico de salud mental?</b> (Marque todas las que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Comunicación (dificultad para expresarse o comprender información)</p> <p><input type="checkbox"/> Toma de decisiones (dificultad para organizar citas o seguir indicaciones médicas)</p> <p><input type="checkbox"/> Gestión de emociones (ansiedad, depresión o estrés que afectan la asistencia a citas médicas)</p> <p><input type="checkbox"/> Interacción social (dificultad para pedir ayuda o interactuar con personal de salud y transportistas)</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de memoria o problemas cognitivos que afectan la planificación del transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de red de apoyo o dependencia de terceros para coordinar transportación</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____</p>		
<p>2. <b>¿Cómo afectan estos retos la coordinación de los servicios de transportación médica?</b> (Marque todas las que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Olvida agendar o asistir a citas médicas</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene dificultades para seguir instrucciones de transporte</p> <p><input type="checkbox"/> No puede viajar solo y necesita un acompañante</p> <p><input type="checkbox"/> Experimenta ansiedad al usar transportación pública</p> <p><input type="checkbox"/> Requiere asistencia para coordinar y confirmar citas con transportistas</p> <p><input type="checkbox"/> Ha perdido citas médicas en el pasado debido a problemas de transportación</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____</p>		



**Instrucciones:** Este formulario debe ser completado por el/la psicólogo (a) de cuidado primario 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.

#### IV. Necesidades de Coordinación de Transportación Médica

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 de Cuidado Primario

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) de Cuidado Primario**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Número de Licencia Profesional**

\_\_\_\_\_  
**Fecha (día/mes/ año)**