



**\*\*\*ANEJO 2\*\*\***

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS C  
SUBVENCIONADOS POR EL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP**

Nombre del Paciente: [ \_\_\_\_\_ ] # Proyecto VHC: \_\_\_\_\_ # ADAP: \_\_\_\_\_

*Mediante este consentimiento reconozco que he sido orientado sobre la ley HIPAA y la protección de información protegida de salud. Entiendo que con el propósito de recibir los medicamentos para la Hepatitis C subvencionados con los fondos provistos por el Programa Ryan White Parte B/ADAP, personal de dicho programa recibirán toda la información clínica y personal necesaria que se encuentre en mi expediente de Hepatitis C / VIH, con el propósito de determinar mi elegibilidad al tratamiento.*

*Acepto que he sido debidamente orientado acerca de los criterios clínicos recomendados por la Guía de Tratamiento de Hepatitis C del Departamento de Salud de Puerto Rico, los beneficios asociados con la terapia seleccionada; al igual que los posibles efectos adversos y consecuencias de no cumplir con éstas y otras recomendaciones indicadas por el médico.*

*Es por cuanto me hago responsable y me comprometo a los siguientes enunciados, según aplique:*

- \_\_\_Evitar el embarazo mientras recibo el tratamiento para Hepatitis C y hasta 14 días luego de finalizar el mismo. (Si aplica)*
- \_\_\_NO embarazar a la pareja mientras recibo el tratamiento para Hepatitis C.*
- \_\_\_Disminuir las conducta(s) de riesgo que pueda ocasionar que me vuelva a re- infectar con la Hepatitis C, luego de haber recibido el tratamiento; reconociendo que pudiese no ser reelegible, según los criterios establecidos o no se dispongan de los fondos para recibir nuevamente tratamiento, en caso de una re-infección.*

[ \_\_\_\_\_ ]

**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_

**Firma**

[ \_\_\_\_\_ ]

**Fecha**

[ \_\_\_\_\_ ]

**Nombre del Médico**

\_\_\_\_\_

**Firma**

[ \_\_\_\_\_ ]

**Fecha**