



BIENVENIDO A APLA HEALTH

Hola y bienvenido a APLA Health,

APLA Health, una de las organizaciones no lucrativas que ofrecen servicios de VIH/SIDA más grandes de Estados Unidos, proporciona servicios directos bilingües, información sobre prevención y liderazgo en la legislación y políticas relacionadas con el VIH /SIDA. APLA Health, fundada por cuatro amigos en 1982, es una organización basada en la comunidad, con el apoyo de voluntarios, y tiene un alcance local, nacional y global.

En APLA Health proporcionamos una gran variedad de programas y servicios diseñados para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA o que se ven afectadas por él. Hemos llevado a cabo esta labor desde los inicios de la epidemia en Los Ángeles y estamos aquí para ayudar.

La información de este paquete le ayudará a registrarse como cliente de la agencia. Para ser cliente de APLA Health usted deberá:

- Proporcionar su diagnóstico de VIH/SIDA (*si recibe cuidado médico actualmente*).
- Comprobar que reside en el Condado de Los Ángeles.
(*si acaba de llegar a Los Ángeles, APLA Health le ayudará a establecer una residencia*).
- Completar todos los formularios de este paquete (*si necesita ayuda, favor de hablar con el personal de la línea de asistencia al cliente*).

Por favor, tenga presente que los programas individuales pueden tener restricciones de servicio adicionales según el área de residencia geográfica, los ingresos y las discapacidades de cada cliente, así como otros criterios. Se revisará toda la información sobre la elegibilidad durante la entrevista inicial de evaluación.

Dedique un momento para revisar las instrucciones en la siguiente página y después llene el paquete en su totalidad (*si necesita ayuda, favor de hablar con el personal de la línea de asistencia al cliente*).

Una vez que el paquete esté completo, traiga consigo los documentos originales a APLA Health. Puede visitarnos en la dirección que se indica a continuación a cualquier hora entre las 9:00 de la mañana y las 3:30 de la tarde, de lunes a viernes. Favor de registrarse en la recepción del 3^{er} piso. No necesita una cita previa para registrarse como cliente en APLA Health.

APLA Health
The David Geffen Center, Third Floor
611 South Kingsley Drive
Los Angeles, CA 90005
Línea telefónica para registrarse: 213.201.1500

Bienvenido a APLA Health. Estamos deseosos de verlo pronto.

Atentamente,

Craig E. Thompson
Director Ejecutivo

INSTRUCCIONES DE REGISTRO

Favor de marcar los formularios cuando los complete.	Tipo de formulario/Comprobante	Instrucciones	Número de página
<input type="checkbox"/>	Comprobante de residencia y Requisitos de elegibilidad	Lea esta sección de dos páginas para saber cómo verificar que reside en Los Ángeles y conocer los requisitos de elegibilidad de los programas de APLA Health.	1 – 2
<input type="checkbox"/>	Formulario de registro	Complete ambas páginas, firme y anote la fecha donde indica la X.	3 – 8
<input type="checkbox"/>	Formulario de diagnóstico médico <i>(Incluyendo los resultados del examen de tuberculosis)</i>	Un médico autorizado acreditado por el estado de California debe completar este formulario en el plazo de un año a partir del registro. También se requiere una prueba cutánea de tuberculosis realizada en el último año o una radiografía del tórax realizada en los dos últimos años.	9
<input type="checkbox"/>	Notificación de garantía de cumplimiento normativo para nuestros clientes	Lea esta importante notificación sobre el uso de información personal de salud y sobre la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.	10
<input type="checkbox"/>	Formulario de consentimiento de HIPAA	Lea, firme y anote la fecha donde indica la X.	11
<input type="checkbox"/>	Formulario de consentimiento para la divulgación de su información médica.	Lea, firme y anote la fecha donde indica la X.	12
<input type="checkbox"/>	Formulario de consentimiento de Casewatch	Lea, firme y anote la fecha donde indica la X.	13-14
<input type="checkbox"/>	Declaración de derechos y deberes para las personas con VIH/SIDA.	Lea, firme y anote la fecha donde indica la X.	15-17
<input type="checkbox"/>	Procedimiento de quejas para el usuario	Lea, firme y anote la fecha donde indica la X.	18
<input type="checkbox"/>	Formulario de evaluación financiera	Lea, firme y anote la fecha donde indica la X.	19-20
<input type="checkbox"/>	Comprobante de ingresos	Es diferente al comprobante de residencia. Favor de ver la lista de documentos aceptados.	21
<input type="checkbox"/>	Identificación con fotografía	Una vez completo el paquete de registro, favor de presentar una identificación con fotografía.	

*Entréguenos los **formularios originales** durante su primera visita a APLA Health. No dude en hacer una copia de los formularios para usted. Por favor, tenga en cuenta que algunos servicios requieren información adicional debido a los requisitos de financiación.*

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a la Oficina de registro al 213.201.1500 o TTY# 213.201.1582 para las personas sordas o con dificultades auditivas.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD (página 1 de 2)

APLA Health ofrece muchos programas y servicios para personas infectadas con el VIH/SIDA o afectadas por él. Algunos programas requieren que sea cliente de APLA Health para poder participar. Otros programas requieren únicamente que resida en el Condado de Los Ángeles.

Favor de revisar la siguiente información sobre la elegibilidad para poder obtener acceso a los servicios lo antes posible. APLA Health quiere asegurarse de que usted reciba los servicios tan pronto como sea posible; no obstante, en ocasiones se requiere la siguiente documentación de antemano.

1. COMPROBANTE DE RESIDENCIA EN EL CONDADO DE LOS ÁNGELES (Se pueden proporcionar los siguientes documentos como prueba de residencia en el Condado de Los Ángeles).

- Licencia de conducir de California o Identificación de California vigente con una dirección del Condado de Los Ángeles.

O

- Copia de una factura o recibo actual de servicios como el agua, gas, electricidad, teléfono, televisión por cable o la suscripción de un periódico que haya recibido en los últimos tres (3) meses, que muestre su nombre, dirección actual y la fecha de emisión.

O

- Una carta de concesión de Medi-Cal, SSI o SSD con su sobre de envío; estado de cuenta bancario o contrato de alquiler o renta. Todos estos documentos han de mostrar su nombre y dirección actual y deben estar fechados en los últimos tres (3) meses, excepto por el contrato de alquiler o renta, que se aceptará si tiene fecha del último año.

2. DIAGNÓSTICO ACTUAL O ANÁLISIS DE LABORATORIO (Si procede, con fecha del último año)

- Documentos de un médico acreditado, indicando que actualmente está recibiendo tratamiento.
- Documentos de sus análisis de laboratorio más recientes, incluyendo el conteo de las células CD4 y la carga viral.

***NOTA: Si usted es VIH positivo pero *no* está recibiendo tratamiento médico, podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud y comenzar el proceso para obtener los documentos indicados anteriormente.**

3. COMPROBANTE DE INGRESOS

- Una copia de su estado de cuenta bancario mostrando los depósitos, una carta de concesión de cualquier tipo de ayuda (SSI, SSDI, General Relief), una copia de un cheque, un talón de pago o una carta de apoyo de alguien que lo mantenga económicamente.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD (página 2 de 2)

4. OTROS REQUISITOS

Algunos programas tienen requisitos de elegibilidad adicionales, tales como:

Servicios dentales:

- Resultados del conteo de las células CD4, neutrófilos y la carga viral con fecha de los últimos seis meses.
- Notificación médica de concesión de servicios dentales.
- Los clientes que tengan seguro dental privado o Medi-Cal, deberán traer su tarjeta del seguro.

Atención médica en el hogar :

- Cliente registrado de APLA Health
- Referidos a través de servicios de evaluación, atención al cliente o coordinación de servicios. Para verificar la elegibilidad del cliente, un enfermero registrado que también coordina servicios, llevará a cabo una evaluación basada en los lineamientos de la Oficina de SIDA del Estado.
- HIV sintomático o SIDA

Servicios de apoyo a la vivienda:

- Los criterios están establecidos por los órganos del gobierno de los programas Sección 8 o HOPWA.
- Para obtener más información sobre los servicios de apoyo a la vivienda, favor de llamar al 213.201.1637

Servicios de salud mental o consejería grupal:

- Cliente registrado de APLA Health
- Referidos a través de servicios de evaluación, atención al cliente o coordinación de servicios.
- Realizar una entrevista con el facilitador del grupo de apoyo.
- Para obtener más información sobre los servicios de salud mental o consejería, favor de llamar al 213.201.1621

Programa de Necesidades de la Vida (NOLP, por sus siglas en inglés) y Almacén de alimentos:

- Los clientes que sean elegibles no pueden tener ingresos que excedan \$1,458.75 al mes. Para los clientes que tienen personas dependientes, se agregan \$338 adicionales por cada dependiente, para la elegibilidad de ingresos.
 - Ejemplo: 1 dependiente = ingresos mensuales que no excedan \$1,796.75
 - Ejemplo: 2 dependientes = ingresos mensuales que no excedan \$2,134.75
- Completar una solicitud NOLP
- Realizar una evaluación anual de nutrición.



FORMULARIO DE REGISTRO

AP# _____

Fecha ____/____/____ (MM/DD/AA)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (MM/DD/AA) Número de seguridad social: ____-____-____

Apellido de soltera de su madre: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Su dirección :

Calle: _____

Nº de apartamento/unidad _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podemos enviarle correo que indique APLA Health en el sobre a esta dirección? Sí No

Dirección postal si es diferente a la anterior:

Calle/ Apartado postal: _____

Nº de apartamento/unidad _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Podemos enviarle correo que indique APLA Health en el sobre a esta dirección? Sí No

Teléfono durante el día: (____) ____-____ ¿Podemos dejarle un mensaje indicando que llamamos de APLA Health?
 Sí No

Teléfono durante la noche: (____) ____-____ ¿Podemos dejarle un mensaje indicando que llamamos de APLA Health?
 Sí No

Teléfono celular: (____) ____-____ ¿Podemos dejarle un mensaje indicando que llamamos de APLA Health?
 Sí No

¿Podemos contactarlo a través de correo electrónico? Sí No

En caso afirmativo, favor de indicar su dirección de correo electrónico:

Si alguien más contestara su teléfono, ¿con quién podría APLA Health hablar o dejar un mensaje?

Nombre:	
Parentesco:	
Nombre:	
Parentesco:	

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

1. ¿Cuál es su género?

- Hombre
 Transgénero de hombre a mujer
 Mujer
 Transgénero de mujer a hombre

2. ¿Cuál es su origen étnico?

- Latino (hispano)
 Negro/Afroamericano (no hispano)
 Blanco (no hispano)
 Nativo americano/Nativo de Alaska/ de las Islas Aleutianas
 Asiático/de las Islas del Pacífico
 Otro (favor de especificar)_____

3. ¿Cuál es su lengua materna?

- Inglés
 Lenguaje de signos americano
 Ruso
 Español
 Armenio
 Otro (favor de especificar)_____

4. ¿Habla inglés con fluidez? Sí No ¿Lee y escribe inglés? Sí No

5. ¿En qué país nació? _____

• Tiempo que lleva en EE.UU. _____ (en meses)

6. Marque todas las que correspondan

- Con discapacidad física
 Ciego o con visión reducida
 Sordo o con dificultades auditivas

SEGURO(S) MÉDICO(S) DEL CLIENTE

7. ¿Recibe actualmente prestaciones del Programa de Asistencia en Medicamentos para pacientes con VIH/SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)? Sí No

8. ¿Qué tipo de seguro médico tiene?

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal <i>sin</i> costo compartido | <input type="checkbox"/> HMO/PPO | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal con costo compartido | <input type="checkbox"/> Privado | |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> VA y/u otras prestaciones del gobierno | |
| <input type="checkbox"/> Ambos Medi-Cal y Medicare | <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar)_____ | |

9. ¿Ha solicitado servicios de Medi-Cal últimamente? Sí No

a. Si la respuesta es "sí", indique la fecha de la solicitud de Medi-Cal _____(MM/DD/AA)

b. ¿Cuál es el estado de su solicitud?

10. Si tiene seguro privado a través de un HMO o PPO, ¿cuál es el nombre de su proveedor?

a. ¿Cuál es el n° de identificación de su seguro? _____

b. Fecha de elegibilidad_____

c. ¿Cuánto es su co-pago por visita médica? _____

d. ¿Cuánto es su co-pago por receta?_____

INGRESOS

11. Por favor, indique sus ingresos mensuales brutos:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$747 | <input type="checkbox"/> \$748-\$1,197 | <input type="checkbox"/> \$1,198 - \$2,234 |
| <input type="checkbox"/> \$2,235 - \$2,992 | <input type="checkbox"/> Más de \$2,993 | |

12. ¿Es medicamento apto para trabajar? Sí No

13. ¿Recibe alguno de los siguientes? (En su caso, marque todas las casillas e indique la cantidad)

			Cantidad recibida al mes
Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
CalWORKS, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
Seguro Estatal de Discapacidad (SDI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
General Relief (GR)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
Estampillas de comida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
Asistencia en Efectivo para Inmigrantes (CAPI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
Beneficios para Veteranos (VA)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
Otros ingresos (Apoyo de amigos/familia)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	\$
Favor de indicar el origen: _____			

ANTECEDENTES DEL VIH

Para poder proporcionarle servicios que cubran sus necesidades, favor de contestar a las siguientes preguntas:

14. ¿Cómo se infectó del VIH? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sexo entre hombre y mujer (contacto heterosexual) | <input type="checkbox"/> Uso de drogas intravenosas |
| <input type="checkbox"/> Sexo entre hombres | <input type="checkbox"/> Contagio durante el parto |
| <input type="checkbox"/> Sexo entre hombres y uso de drogas intravenosas | <input type="checkbox"/> Hemofilia/trastorno de coagulación |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre u otros productos sanguíneos o tejidos | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |

15. ¿Cuáles han sido o son el/los género(s) de su(s) pareja(s) sexual(es)? (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Transgénero de hombre a mujer |
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Transgénero de mujer a hombre |
| | <input type="checkbox"/> No hay parejas sexuales |

SITUACIÓN DE VIVIENDA:

16. ¿Cuál es el tamaño de su hogar (cuántas personas viven con usted)? _____

17. Estado civil (*Marque todas las que correspondan*)

- Soltero(a)
 En pareja/no casados legalmente
 Separado(a)/Divorciado(a)
 Viudo(a) _____ años
 Casado(a)/Sociedad doméstica _____ años
- Hombre Transgénero de hombre a mujer
 Mujer Transgénero de mujer a hombre

18. ¿Cuál es su situación de vivienda?

- Estable y permanente (vive en un departamento, casa, arrendamiento)
 No es permanente (sin hogar, en situación transitoria)
 Institución (correcional, centro de salud o de salud mental) _____
 Otro (favor de especificar) _____

19. ¿Tiene hijos *dependientes*? Sí No

Si su respuesta es "Sí", ¿Cuántos hijos dependientes tiene? _____

20. ¿Alguna vez ha estado en la cárcel o prisión? Sí No

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia ¿a quién debemos contactar, indicando que la llamada procede de APLA Health, y en caso necesario, proporcionar información personal suya?

Nombre _____

Parentesco con usted _____

Dirección _____ N° de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Teléfono durante el día: (_____) _____ - _____

Teléfono durante la noche: (_____) _____ - _____

Teléfono celular: (_____) _____ - _____

Idioma que habla _____

¿Conoce esta persona su estatus del VIH? Sí No

¿Podemos compartir con dicha persona su información? Sí No

21. ¿Tiene un Poder Notarial de duración indeterminada (DPA, por sus siglas en inglés) para el cuidado médico?

- Sí No

Si la respuesta es "Sí," ¿cuál es el nombre de la persona asignada en el DPA?

➤ Número de teléfono (_____) _____ - _____

22. ¿Dónde recibe servicios médicos principalmente? (tales como Kaiser Permanente, AIDS Healthcare Foundation (AHF), Hospital del Condado o USC (5P21), Clínica Jeffrey Goodman, etc.)

Nombre de su médico _____

Número de teléfono (_____) _____ - _____

Nombre del/de la enfermero(a) (en su caso) _____

Número de teléfono (_____) _____ - _____

Nombre del/de la trabajador(a) social (en su caso) _____

Número de teléfono (_____) _____ - _____

¿Está satisfecho(a) con su cuidado médico? Sí No

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

X _____
Firma del/de la cliente

_____/_____/_____
Fecha (MM/DD/AA)

La información personal se notifica de manera anónima y no está vinculada a usted de manera individual. Su nombre y cualquier información que lo identifique se mantendrá de manera CONFIDENCIAL. Por favor, responda a todas las preguntas.

FORMULARIO DE DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO

MÉDICOS: Se requiere que un médico acreditado para practicar en California complete este formulario tanto como sea posible. Si no responde a alguna pregunta, asumiremos que no tiene la respuesta a esa pregunta en particular. Envíelo al registro de APLA Health por FAX (213) 201-1598 o por correo a The David Geffen Center, 611 S. Kingsley Drive, Los Ángeles, CA 90005

Nombre del/de la paciente: _____ Fecha de nacimiento _____
 Apellido Nombre Inicial del MM DD AAAA
 segundo nombre
 N° del Seguro social _____ - _____ - _____ N° de teléfono (____) _____

➔ **DIAGNÓSTICO:** (elija sólo una)

- VIH+ Asintomático (sin síntomas) SIDA Asintomático (sin síntomas)
 VIH+ Sintomático SIDA Sintomático

• ¿En qué fecha fue diagnosticado(a)? ____ / ____ / ____ Año del primer resultado positivo de VIH _____

• Síntomas que corroboran el diagnóstico:

- Diarrea
 Fiebre
 Fatiga
 Otro _____

Infecciones oportunistas que corroboran el diagnóstico:

- CD4 < 200/14% Fecha: _____
 KS Fecha: _____
 PCP Fecha: _____
 Otro (incluya la fecha) _____

➔ **SUS ACTUALES SÍNTOMAS O TRATAMIENTO RELACIONADOS CON EL VIH INCLUYEN:**

➔ **DATOS DEL LABORATORIO:**

- Cuento de las células CD4/porcentaje _____ / _____ % A partir de ____ / ____ / ____
 ▪ Carga viral del VIH _____ A partir de ____ / ____ / ____

➤ Tipo de examen de la carga viral: PCR bDNA NASBA

- Cuento de neutrófilos _____ células/mm3 A partir de ____ / ____ / ____ (requerido para el cuidado dental)
 ▪ Cuento de plaquetas _____ células/mm3 A partir de ____ / ____ / ____ (requerido para el cuidado dental)

➔ **OTRAS ENFERMEDADES:** ¿Hay otras enfermedades de las que debamos estar enterados? (en caso afirmativo, favor de describirla)

➔ **DENTAL:** ¿Es este paciente medicamente apto para recibir cuidado dental rutinario u otros procedimientos orales? Sí No

➔ **COMIDA Y NUTRICIÓN:** ¿Necesita este paciente comida y servicios de nutrición? Sí No

➔ **TUBERCULOSIS:** ¿Se le ha hecho a este paciente una evaluación de Tuberculosis? Sí No

Fecha del examen cutáneo de TB ____ / ____ / ____ Positivo Negativo

Fecha de la radiografía torácica ____ / ____ / ____ Positiva Negativa

El paciente actualmente:

- recibe tratamiento preventivo para la tuberculosis no recibe tratamiento
 recibe tratamiento para la tuberculosis activa no cumple con el tratamiento recomendado

Soy el médico responsable por el cuidado del VIH del paciente mencionado anteriormente. Certifico que la información previa es correcta y está basada en la revisión de las necesidades de tratamiento para el VIH del paciente.

Nombre del médico: _____ N° de acreditación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Firma: _____ Fecha en que se completó el formulario: ____ / ____ / ____ Teléfono: (____) _____

**NOTIFICACIÓN DE GARANTÍA
DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO
PARA LOS CLIENTES DE APLA HEALTH**

A nuestros estimados clientes,

El mal uso de la información personal de salud ha sido identificado como un problema nacional. Queremos que sepa que todos nuestros empleados, supervisores y voluntarios reciben capacitación continua para comprender y cumplir las reglas y reglamentos del gobierno relacionadas con la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, con un énfasis particular en la "Regla de Privacidad". Nos esforzamos en alcanzar los estándares éticos y de integridad más elevados para proporcionar servicios a nuestros clientes.

Es nuestra política determinar correctamente el uso apropiado de la información personal de salud de acuerdo con las reglas, leyes y reglamentos del gobierno, excepto en casos donde la ley nos pide divulgar esta información. Esto incluye situaciones donde usted constituya una amenaza para sí mismo (con pensamientos de suicidio u homicidio) o en caso de abuso a un menor o anciano. Como parte de este plan, hemos implementado un programa de cumplimiento que supervisa la prevención de cualquier uso inapropiado de la información personal de salud.

Debido a que creemos que siempre hay espacio para la mejora, nuestra política es escuchar a nuestros empleados y clientes sin intención de penalizarlos en caso de que sientan que algún evento puede comprometer nuestras políticas de integridad. Agradecemos su opinión en relación a cualquier problema con el servicio para poder remediar la situación de inmediato.

Agente de cumplimiento de HIPAA



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE HIPAA DEL PACIENTE

La Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 estableció una "Regla de Privacidad" para ayudar a asegurar que la información personal de salud esté protegida. La Regla de Privacidad, creada también como un estándar, establece que ciertos proveedores de salud deben obtener el consentimiento del paciente para divulgar su información de salud y así poder llevar a cabo algún tratamiento, pago o funciones de atención médica.

APLA Health quiere que sepa que respetamos la privacidad de su información personal de salud y haremos todo lo posible para asegurar y proteger dicha privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado o necesario, proporcionamos solamente la información mínima imprescindible a aquellas personas que consideramos necesitan su información de salud sobre el tratamiento, pago o funciones de atención médica, y así poder proporcionarle el cuidado de salud que mejor le convenga.

Apoyamos completamente su acceso a su expediente médico personal. Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirectas con usted (tales como con laboratorios que sólo interactúan con los médicos y no los pacientes) y sea necesario compartir información personal de salud por motivos de tratamiento, pago u otras funciones de atención médica. Esto incluye situaciones en las que usted constituya una amenaza para sí mismo (con pensamientos de suicidio u homicidio) o situaciones de abuso a un menor o anciano. Como parte de este plan hemos implementado un Programa de Cumplimiento que supervisa la prevención de cualquier uso inapropiado de su información personal de salud. Estas entidades generalmente no requieren obtener el consentimiento del paciente.

Usted puede denegar el consentimiento del uso o divulgación de su información personal de salud, pero ha de hacerlo por escrito. Bajo esta ley, tenemos el derecho a denegarle tratamiento en caso de que se oponga a la divulgación de su información personal de salud. Si decide dar su consentimiento en este documento, más adelante puede solicitar denegar la divulgación de su información personal de salud parcial o totalmente. No puede revocar acciones que ya se hayan llevado a cabo y que se hayan basado en este u otro consentimiento firmado con anterioridad.

Si tiene algún inconveniente con este formulario, favor de solicitar hablar con un agente cumplimiento de HIPAA. Tiene el derecho de revisar su Notificación de Privacidad (Notificación de garantía de cumplimiento normativo para nuestros clientes), para pedir restricciones y revocar el consentimiento por escrito.

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma

Mi información médica y de salud se considera delicada y privada y se le concede protección bajo la ley. APLA Health hará todos los esfuerzos para que todos los informes de los clientes se mantengan seguros. No obstante, como cliente de APLA Health hay circunstancias que requerirán del intercambio de mi información a través del teléfono, fax, correo y correo electrónico.

Entiendo que APLA Health me representará en estos intercambios y que no se podrá hacer responsable a APLA Health en caso de que alguna persona averigüe que soy cliente de APLA Health.

Firmar este consentimiento para la divulgación de información médica me permite la flexibilidad de determinar qué tipo de información se puede divulgar y bajo qué circunstancias. Adicionalmente, este formulario cumple con las Reglas de Privacidad de HIPAA (Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud)

Yo, _____, por la presente, autorizo a _____
(Nombre del/de la cliente) (Nombre del médico o grupo médico)

a que proporcione información de mi expediente sin limitaciones en las fechas, enfermedades, historial de enfermedades, diagnósticos o información terapéutica a APLA Health por motivos de verificación de diagnóstico y para proveer o referirme a tratamiento dental o consejería de nutrición. Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción ya haya ocurrido.

CONSENTIMIENTO SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, _____, autorizo al personal de AIDS Healthcare Foundation (AHF), APLA Health, Asian Pacific AIDS Intervention Team, Ciudad de Pasadena, Clínica Andrew Escajeda, ALTAMED Health Service Corp, Automated Case Management Systems (ACMS), Being Alive, Children’s Hospital, Division of Adolescent Medicine, Bienestar, Cedars Sinai, Central City Clinic, Programa de SIDA de la Ciudad de Long Beach, East Valley Community Health Center, El Proyecto del Barrio, Foothill AIDS Project, Greater Los Angeles Council on Deafness, Harbor/UCLA Medical Center, High Desert Health System, Hubert Humphrey, JWCH Institute, Inc., Kaiser Permanente, LAC-USC (5p21, Maternal Child/Adolescent, EIP, Weingart), L.A. Gay & Lesbian Center, Memorial Miller Children’s Hospital, Minority AIDS Project, Northeast Valley Health Corporation, División de Programas de VIH y ETS, Centro Médico Olive View, Pathways, Project Angel Food, South Bay Family Healthcare Center, Spectrum, St. Mary Medical Center CARE Program & Clinics, Tarzana Treatment Center, T.H.E. Clinic, Inc. (To Help Everyone), UCLA Care, Valley Community Clinic, Venice Family Clinic y Watts Healthcare a divulgar, recibir y compartir información en relación a servicios, así como compartir información a través del correo, teléfono, fax o correo electrónico, etc., sobre mis resultados de la prueba del VIH, estatus del VIH, condición física, mental o financiera; o servicios obtenidos en las agencias previamente mencionadas, relacionados con mi necesidad de asistencia actual o futura.

Este consentimiento es válido a partir de la fecha en que sea firmado y puede ser revocado en cualquier momento firmando la declaración de revocación a continuación o informando verbalmente a la agencia que conserva este formulario original. Entiendo que puedo añadir otras agencias específicas y personas a este formulario anotándolos a continuación y firmando.

X _____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Firma del/de la cliente Fecha (DD/MM/AA) Consentimiento válido hasta (DD/MM/AA)

Deseo **añadir** a este Consentimiento para Divulgar Información Médica a las personas, agencias y médicos indicados a continuación:

X _____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Firma del/de la cliente Fecha (DD/MM/AA)

Deseo **cancelar** este Consentimiento para la Divulgación de Información Médica.

X _____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Firma del/de la cliente
Fecha (DD/MM/AA)



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE CASEWATCH MILLENIUM

Yo, _____ (nombre completo en letra de molde), deseo registrarme en el Programa Ryan White /Casewatch Millennium (R) para poder recibir servicios financiados por el Programa Ryan White o el Departamento de Salud Pública (DPH, por sus siglas en inglés) y la División de Programas de VIH y ETS (DHSP, por sus siglas en inglés). Durante el registro se me pedirá que proporcione información sobre mí, incluyendo el nombre, origen racial, género, fecha de nacimiento, ingresos y otros datos demográficos. Dependiendo de la agencia o programa en el que me registre, es posible que se me pregunte sobre mi conteo de las células CD4, la carga viral, el uso de medicamentos, comportamientos de riesgo, condición física y médica general e historial médico.

Además de proporcionar la información, entregaré una carta original de mi diagnóstico firmada y fechada por mi médico o me haré un examen de sangre que muestre que soy VIH positivo. Al firmar este formulario verifico que resido en el Condado de Los Ángeles. La información sobre mis parejas VIH negativo, familiares u otros cuidadores afectados por el VIH, así como la información sobre el registro y los servicios de estos clientes no se compartirá entre las agencias sin importar mi status de divulgación. Entiendo que mi nombre e información no se compartirá fuera del sistema del Programa de Ryan White/ Millennium a no ser que yo haya proporcionado un consentimiento informado específico para hacerlo. Se encuentra a mi disposición una lista de las agencias del Programa de Ryan White/ Millennium, si la solicito.

Adicionalmente, como condición para recibir los servicios del Programa Ryan White, acepto que mi información se ponga a disposición de mi departamento de salud local, agentes fiscales que financian los servicios que recibo, el Departamento de Salud Pública, la División de Programas de VIH y ETS, el Departamento de Salud Pública del Estado de California (CDPH, por sus siglas en inglés), Office of AIDS y el Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (ARIES, por sus siglas en inglés) para el cuidado solicitado y notificación del tratamiento, monitoreo del programa, análisis estadístico y actividades de investigación. Esta información incluye el mínimo necesario, pero no está limitada a: género, etnia, fecha de nacimiento, código postal, estado del diagnóstico y datos del servicio. Ninguna información de identificación como el nombre y el número del seguro social se divulgará, publicará o será utilizada sin mi consentimiento, excepto cuando sea permitido por la ley.

Al escribir mis iniciales en la línea "ESTOY DE ACUERDO y ENTIENDO", comprendo que la información relevante sobre mi salud (incluyendo mi estatus del VIH) e ingresos será compartida con mi departamento de salud local, agentes fiscales que financian los servicios que recibo, el Departamento de Salud Pública, la División de Programas de VIH y ETS, el Departamento de Salud Pública del Estado de California, Office of AIDS y el Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA cuando solicite el registro para recibir cuidado y acceder a servicios en la agencia del Programa de Ryan White. Solamente el personal autorizado de cada agencia tendrá acceso a mi información en la medida en que se necesite. La información compartida puede incluir información sobre servicios recibidos o mi tratamiento en una agencia en particular. La información sobre salud mental, aspectos legales y abuso de sustancias será compartida solamente según lo permita la ley.



En la mayoría de los casos, no necesitaré volver a registrarme (en Casewatch Millennium) o proporcionar una carta del diagnóstico del VIH cuando solicite servicios a agencias que proporcionen servicios financiados por el Programa Ryan White, el Departamento de Salud Pública o la División de Programas de VIH y ETS.

_____ ESTOY DE ACUERDO Y ENTIENDO

Que mi registro en el Programa Ryan White /Casewatch Millennium no garantiza servicios de ninguna agencia. La lista de espera o los requisitos de elegibilidad pueden excluirme de recibir servicios en otras agencias del Programa Ryan White /Millennium.

Al firmar este formulario de consentimiento reconozco que se me ha ofrecido una copia del mismo y que lo he hablado con el representante de la agencia que se indica a continuación. Entiendo que este formulario se guardará en mi expediente y que este consentimiento se mantiene vigente durante tres años a partir de la fecha en que lo he firmado.

Firma del/de la cliente o Padre/Tutor del menor

Fecha

Para uso exclusivo de la Agencia Médica Local

Administrado por

Nombre de la agencia

Firma

Fecha

El propósito de esta Declaración de Derechos y Deberes es ayudar a los clientes a que actúen en su propio nombre y en colaboración con sus proveedores para obtener el mejor cuidado y tratamiento posible para el VIH/SIDA. La Declaración de Derechos y Deberes surge del corazón de personas que viven con el VIH/SIDA en diversas comunidades del Condado de Los Ángeles. Como alguien que apenas comienza o actualmente tiene acceso al cuidado, tratamiento o servicios de apoyo para el VIH/SIDA, usted tiene el derecho a:

A. Un tratamiento respetuoso

1. Recibir un cuidado considerado, respetuoso, profesional, confidencial y oportuno en un ambiente seguro centrado en el cliente y libre de prejuicios.
2. Recibir un cuidado igualitario y justo de acuerdo con la ley federal y estatal.
3. Recibir información sobre las cualificaciones de sus proveedores, particularmente sobre su experiencia en la gestión y tratamiento de los padecimientos relacionados con el VIH/SIDA
4. Estar informado sobre los nombres y teléfonos de trabajo de los médicos, enfermeros y otros miembros del personal que sean responsables de su cuidado.
5. Acceder a espacios seguros para la protección de la propiedad privada mientras recibe cuidados y servicios.
6. Recibir servicios que sean apropiados cultural y lingüísticamente, incluyendo la explicación completa y clara de las opciones de los servicios y tratamientos proporcionados en su propio idioma o dialecto.
7. Ver su expediente médico y recibir copias si las pide (pueden aplicarse políticas razonables de la agencia incluyendo un costo por las fotocopias).
8. Cuando surjan necesidades especiales, ampliar el horario de visitas de familiares, amigos o pareja durante el tratamiento hospitalario, reconociendo que puede haber límites impuestos por los hospitales, instituciones de cuidado terminal u otras instituciones hospitalarias, por motivos válidos.

B. Un cuidado competente y de alta calidad

1. Recibir tratamiento de profesionales competentes y cualificados que siguen las normas de tratamiento del VIH establecidas por la Guía Federal de Servicios de Salud Pública, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), el Departamento de Servicios de Salud de California y el Condado de Los Ángeles.
2. Tener acceso a estos profesionales en horarios y lugares convenientes.
3. Recibir referidos apropiados a servicios médicos, de salud mental y otros cuidados.

C. Tomar las decisiones de tratamiento

1. Recibir información completa y actual, en palabras que usted entienda, sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, medicamentos (incluyendo efectos secundarios comunes y complicaciones) y pronósticos razonablemente esperados.
2. Participar activamente con su(s) proveedor(es) en discusiones sobre sus preferencias y opciones disponibles para su tratamiento.
3. Tomar la decisión final sobre qué opción es mejor para usted después de que se le haya dado toda la información relevante sobre estas opciones y una clara recomendación de su proveedor.
4. Rehusar alguno o todos los tratamientos que se le recomienden y que se le informe sobre los efectos que puede haber en su salud al no tomar ningún tratamiento, que se le informe de todas las posibles consecuencias de su negativa y que se le asegure que tiene el derecho a cambiar de opinión más adelante.

5. Ser informado sobre cualquier ensayo clínico y que se le brinde la oportunidad de participar en aquel ensayo que sea apropiado y para el cual usted sea elegible.
6. Negarse a participar en un estudio sin prejuicio o penalización alguna.
7. Negarse a participar en cualquier servicio ofrecido o terminar su participación en cualquier programa sin preferencias y sin que esto afecte su cuidado.
8. Ser informado de los procedimientos de la agencia o institución para resolver malos entendidos, presentar reclamaciones o presentar quejas.
9. Recibir respuesta a cualquier queja o reclamación en los 30 días después de que la haya presentado.
10. Ser informado de cualquier servicio de defensa o apoyo fuera de la agencia que le ayude a resolver problemas o reclamaciones (vea el número de teléfono en la parte inferior de este formulario), incluyendo cómo comunicarse con un centro federal de reclamaciones dentro del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid.

D. Confidencialidad y privacidad

1. Recibir una copia de la Notificación de Políticas de Privacidad y Procedimientos de su agencia. Su agencia le pedirá que acuse haber recibido este documento.
2. Mantener su estatus del VIH confidencial o anónimo con respecto a los servicios de consejería y pruebas del VIH. Recibir información sobre las políticas de confidencialidad y bajo qué circunstancias, si fuera el caso, se podrá compartir su información sobre los servicios del cuidado del VIH.
3. Solicitar acceso restringido a secciones específicas de su expediente médico.
4. Autorizar o retirar la petición para ver su expediente médico hecha por alguien que no sean sus proveedores de salud o por motivos de facturación.
5. Cuestionar información en su expediente médico y hacer una solicitud por escrito para cambiar información específica que haya sido documentada. Su médico tiene el derecho de aceptar o rechazar su petición con una explicación.

E. Información de facturación y asistencia

1. Recibir información completa y una explicación por adelantado de todos los cobros que puedan realizarse por recibir cuidado, tratamiento y servicios, así como de las políticas de pago de su proveedor.
2. Recibir información sobre cualquier programa que pueda ayudarle a pagar y obtener ayuda para acceder a ellos y cualquier otro beneficio para el que pueda ser elegible.

F. Responsabilidades del paciente o cliente

Para poder ayudar a su proveedor a darle a usted y a otros clientes el cuidado que se merece, usted también tiene la responsabilidad de:

1. Participar en el desarrollo e implementación de su tratamiento individual o plan de servicios en la medida en que sea posible.
2. Proporcionar a sus proveedores, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre su salud y enfermedades actuales y pasadas, medicamentos y otros tratamientos, y servicios que esté recibiendo, ya que todo esto puede afectar su cuidado. Comunicar en el futuro cualquier cambio o novedades que surjan de manera inmediata.
3. Comunicar a su proveedor cualquier cosa que no entienda y cualquier información que se le proporcione.

4. Seguir el plan de tratamiento al que ha accedido o aceptar las consecuencias de no seguir el curso del tratamiento recomendado o de usar otros tratamientos.
5. Mantener las citas y compromisos con esta agencia o informar a la agencia lo antes posible si no puede hacerlo.
6. Mantener a su proveedor o contacto principal informado sobre cómo comunicarse con usted confidencialmente por teléfono, correo u otros medios.
7. Seguir las reglas y regulaciones de la agencia en lo que concierne al cuidado y conducta del paciente o cliente.
8. Ser considerado con sus proveedores y otros clientes o pacientes y tratarlos con el respeto que espera para usted.
9. El uso de palabras altisonantes o lenguaje abusivo u hostil; amenazas, violencia o intimidación; portar armas de cualquier tipo; robo o vandalismo; intoxicación o uso ilegal de drogas y abuso sexual o mala conducta están estrictamente prohibidos.
10. Mantener la confidencialidad de todos los demás que estén recibiendo cuidado o servicios en la agencia al no mencionar nunca a quién ve aquí o y evitando hablar casualmente con otros clientes que no conoce realmente, si llega a verlos en otro lugar.

Para obtener más ayuda o información

Su primer paso para obtener más información o para resolver cualquier queja o reclamación es hablar con su proveedor, con un representante designado del servicio al cliente o con un defensor del paciente o del tratamiento de la agencia. Si esto no resuelve cualquier problema en un tiempo razonable o si surgen preocupaciones serias y siente que necesita hablar con alguien fuera de la agencia, puede llamar al número a continuación para obtener información y ayuda confidencial e independiente.

Para quejas y reclamaciones del cliente llame al (800) 260-8787
de 8:00 de la mañana a 5:00 de la tarde
De lunes a viernes

Política

APLA Health ha establecido una Declaración de Derechos y Deberes del Cliente para asegurarse de que los clientes sean tratados con respeto y se les proporcionen servicios de la más alta calidad. El procedimiento de quejas ha sido adoptado para que el cliente lo utilice si él o ella siente que alguno de sus derechos, como se definen en la Declaración de Derechos y Deberes del Cliente, fue violado o si él o ella tiene una queja en particular que necesita resolverse.

Procedimientos

1. Si el cliente tiene alguna reclamación sobre un programa o sobre el personal de un programa, el cliente debería intentar resolver el problema con el supervisor o el gerente del programa.
2. Si no se llega a un acuerdo después de hablar con el supervisor o el gerente del programa, entonces el cliente deberá contactar al director de la división.
3. El supervisor, gerente del programa y el director de la división escucharán la información sobre el incidente e intentarán mediar la reclamación.
4. Cualquier reclamación que sea resultado de una disputa sobre un acuerdo de servicio por escrito entre un cliente y el gerente de un programa específico, será examinada por el director de la división para determinar si el acuerdo de servicio fue justo y si el acuerdo fue, de hecho, violado por el cliente.
5. Si el problema no se puede resolver, será turnado al director de la división para su resolución final.
6. Las reclamaciones recibirán una atención inmediata. El personal apropiado hará todo lo posible por abordar y resolver las reclamaciones en diez (10) días laborables.
7. Si usted cree que su reclamación no se ha resuelto, puede contactar a la División de Programas de VIH y ETS de Los Ángeles al 1.800.260.8787.

Al firmar a continuación reconozco haber leído o haber sido informado y haber recibido una copia de las políticas y procedimientos anteriores. También entiendo que APLA Health tiene el derecho de suspender o finalizar los servicios que me ofrece si no firmo y cumplo estas políticas y procedimientos.

Nombre del/de la cliente (letra de molde)

AP#

X _____
Firma del/de la cliente

Fecha (MM/DD/AA)

Representante de la agencia (letra de molde)

Puesto

Firma del/de la representante de la agencia

Fecha (MM/DD/AA)



FORMULARIO DE EVALUACIÓN FINANCIERA (1 DE 2)

APLA Health recibe fondos del gobierno para proporcionar ciertos servicios relacionados con el VIH a personas que puedan demostrar con documentos oficiales que son elegibles para recibir servicios. Para que APLA Health pueda cumplir con los requisitos de la fuente de financiación, le pedimos que entregue un comprobante de sus ingresos mensuales.

Nombre del/de la cliente _____ AP# _____

Coordinador de servicios _____ Teléfono _____ Agencia _____

Tipo de ingresos	Cantidad Mensual
Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por su siglas en inglés)	\$
Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)	\$
Seguro Estatal de Discapacidad (SDI, por sus siglas en inglés)	\$
General Relief (GR)	\$
CalWORKS, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)	\$
Beneficios para Veteranos (VA)	\$
Ingresos por empleo (Autoempleo*)	\$
Seguro privado por incapacidad	\$
Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés)	\$
Jubilación/Pensión	\$
Manutención y/o pensión alimenticia	\$
Seguro de compensación del trabajador	\$
Estampillas de comida	\$
Apoyo de amigos/familia *	\$
Ganancias por inversiones	\$
Otro	\$
Ingreso mensual total	\$

*El cliente debe completar el formulario de Certificado de Ingresos Alternativos y proporcionar la documentación apropiada.

Por la presente certifico que la información financiera anterior es correcta y estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a APLA Health cualquier cambio en mis ingresos mensuales. Además, entiendo que el no proporcionar información verídica puede resultar en la suspensión y cese de los servicios.

X _____
Firma del/de la cliente

Fecha (MM/DD/AA)

X _____
Evaluador financiero

Fecha (MM/DD/AA)



**DOCUMENTOS ACEPTADOS COMO COMPROBANTES DE INGRESOS
MENSUALES BRUTOS**

Los documentos que se utilicen para verificar los ingresos no pueden tener más de tres meses de antigüedad

Fuente de ingresos	Documento de verificación
Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por su siglas en inglés) Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de pago • Estado de cuenta bancario (Depósito directo) • Carta de adjudicación • Estado de cuenta de COLA • Estado de cuenta de prestaciones del Seguro Social
Seguro Estatal de Discapacidad (SDI, por sus siglas en inglés) Seguro de Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) Seguro de compensación del trabajador	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de pago • Carta de adjudicación
General Relief (GR) CalWORKS, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de prestaciones del Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS, por sus siglas en inglés)
Beneficios para Veteranos (VA)	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de pago • Estado de cuenta bancario (Depósito directo) • Carta de adjudicación/ Estado de cuenta de COLA • Declaración de prestaciones del Departamento de Asuntos para el Veterano (VA, por sus siglas en inglés)
Ingresos por empleo	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de pago de nómina • Formulario de impuestos W2 ó 1099 • Declaración de impuestos • Carta del empleador • Formulario de Ingresos Alternativos de APLA Health
Seguro por incapacidad privado	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de pago • Declaración de verificación de prestaciones
Jubilación/ Pensión	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de pago • Estado de cuenta bancario (Depósito directo) • Declaración de verificación de prestaciones
Manutención y pensión alimenticia	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de pago
Apoyo de familiares y amigos	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de apoyo
Ingresos por inversiones	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de impuestos
Asistencia en Efectivo para Inmigrantes (CAPI, por sus siglas en inglés)	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de pago o Declaración de prestaciones del Departamento de Servicios Sociales Públicos • Carta de adjudicación/ Declaración de prestaciones del Departamento de Servicios Sociales Públicos

