



FORMULARIO DE INSCRIPCION DE APLA Health

1 de marzo de 2024 – 28 de febrero de 2025

Ingles Espanol

Otro: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL CLIENTE	<p>_____ Primer Nombre</p>			<p>_____ M.I.</p>	<p>_____ Apellido</p>		<p>_____ Fecha de nacimiento</p>		
	<p>_____ Pronombre(s)</p>			<p>_____ Nombre elegido</p>			<p>_____ Numero del Seguro Social</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo un numero del seguro social</p>		
	<p>Orientación sexual: _____</p> <p>Sexo de nacimiento: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No binarias <input type="checkbox"/> Preferia no deci</p> <p>Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Trans M a F <input type="checkbox"/> Trans F a M <input type="checkbox"/> No binarias <input type="checkbox"/> Otro</p>								
CORREO/DIRECCIÓN DOMICILIARIA	<p>Raza:</p> <p><input type="checkbox"/> Blanca</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo americano / Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo hawaiano / Isleño del Pacifico</p> <p><input type="checkbox"/> Asiática</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p> <p>¿Descendiente de latino/hispano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>			<p>Nivel de educación:</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Primaria / secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> Empezó preparatoria</p> <p><input type="checkbox"/> Acabo la preparatoria / GED</p> <p><input type="checkbox"/> Colegio / AA / escuela técnica</p> <p><input type="checkbox"/> Título universitario</p> <p><input type="checkbox"/> Mástria / Doctorado</p>			<p>Fluidez en inglés:</p> <p>¿Hablas inglés con fluidez?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿Lees y escribes en inglés?</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>		
	<p>Dirección de casa _____ Dept./Unid # _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____ Ciudad Estado Código postal</p>								
SITUACIÓN DE VIDA ACTUAL	<p>Dirección de envío _____ Dept./Unid # _____</p> <p>Complete si es diferente a la dirección de casa</p> <p>_____ Ciudad Estado Código postal</p>			<p>¿Está bien enviar correo desde APLA Health a su:</p> <p>Dirección de casa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dirección de envío <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>					
	<p>¿Vives, trabajas o vas a la escuela en West Hollywood?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>								
	<p><input type="checkbox"/> Renta (apart., casa, o habitación)</p> <p><input type="checkbox"/> Cliente propietario de vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia (cupon para motel)</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda transitoria para personas sin hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Establecimiento para atención psiquiatrica o drogadiccion</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____</p> <p>¿Tienes algún dependiente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>			<p><input type="checkbox"/> Vive en casa de amigos / familiares (sin renta)</p> <p><input type="checkbox"/> Sin hogar (calle, auto, bus)</p> <p><input type="checkbox"/> Hotel / Motel (no pago con vales)</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda permanente (Shelter+Care, SRO)</p> <p><input type="checkbox"/> Cárcel / prisión / penitenciaria juvenil</p> <p>Numero de dormitorios: _____</p> <p>Número de dependientes legales: _____</p>					

INFORMACIÓN DE CONTACTO TELEFÓNICO	Teléfono en Día: _____ ¿Podemos dejar un mensaje indicando que la llamada es de APLA Health? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Teléfono en Tarde (si es diferente al teléfono diurno): _____ ¿Podemos dejar un mensaje indicando que la llamada es de APLA Health? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Teléfono móvil (si es diferente al teléfono diurno): _____ ¿Podemos dejar un mensaje indicando que la llamada es de APLA Health? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Correo electrónico (no se puede garantizar la privacidad) _____ ¿Podemos comunicarnos por correo electrónico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

HISTORIAL DEL CLIENTE Y ESTADO CIVIL	Historia del encarcelamiento <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Encarcelado dentro de 6 meses <input type="checkbox"/> Encarcelado dentro de dos años <input type="checkbox"/> Encarcelado hace más dos años	¿Género(s) de su(s) pareja(s) sexual(es)?(Marque todo lo que aplicar) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Sin parejas sexuales <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) / Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Pareja/No legalmente casada <input type="checkbox"/> Viudo(a) de _____ años <input type="checkbox"/> Casado/pareja de hecho _____ años
	Fecha del primer diagnóstico: _____ <input type="checkbox"/> Fecha desconocida del primer diagnóstico.		

FUENTE(S) DE SEGURO MÉDICO DEL CLIENTE	Proveedor de seguro primario actual <input type="checkbox"/> Medi-Cal sin costo compartido <input type="checkbox"/> Medi-Cal con costo compartido <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ambos Medi-Cal y Medicare <input type="checkbox"/> HMO/PPO <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> VA y/u otras prestaciones del gobierno <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar) _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Desconocido(a) <input type="checkbox"/> Otro publico
	¿Recibe actual prestaciones del Programa de Asistencia en Medicamentos para pacientes con VIH/SIDA (ADAP, en inglés)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	¿Ha solicitado servicios de Medi-Cal últimamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indique la fecha de la solicitud Medi-Cal _____
	Cuál es el estado de su solicitud? _____
	¿Cuál es el nombre de su proveedor? _____ # ID del seguro _____ Fecha de elegibilidad _____
	¿Cuánto es su co-pago por visita médica? \$ _____ ¿A cuánto asciende su copago de medicamentos recetados? \$ _____
	¿Dónde recibe principalmente atención médica? _____
	Nombre del médico(a) / enfermero(a) _____ Número de teléfono _____ Nombre del administrador de casos / trabajador(a) social _____ Número de teléfono _____
¿Está satisfecho con su atención médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

INGRESOS MENSUALES	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo de ingreso</td> <td style="text-align: center;">Monto Mensual</td> <td style="text-align: center;">Tipo de ingreso</td> <td style="text-align: center;">Monto Mensual</td> </tr> <tr> <td>Seguro de Discapacidad del Seguro Social(SSDI)</td> <td>\$ _____</td> <td>Empleado(a)</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)</td> <td>\$ _____</td> <td>Trabajadores por cuenta propia</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Seguro Estatal de Discapacidad (SDI)</td> <td>\$ _____</td> <td>Seguro privado de invalidez</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Seguro de Desempleo (UI)</td> <td>\$ _____</td> <td>Jubilación/Pensión</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Manutención infantil y/o pensión alimenticia</td> <td>\$ _____</td> <td>Compensación al trabajador</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Alivio general (GR)</td> <td>\$ _____</td> <td>Estampillas de comida</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>CalWORKs Asistencia Temporal para Familias</td> <td>\$ _____</td> <td>Apoyo de familiares / amigos(as)</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Necesitadas (TANF)</td> <td>\$ _____</td> <td>Ingresos por inversiones</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>Beneficios para Veteranos (VA)</td> <td>\$ _____</td> <td>Ingresos otro(s)</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Ingreso mensual total</td> <td colspan="2">\$ _____</td> </tr> </table>	Tipo de ingreso	Monto Mensual	Tipo de ingreso	Monto Mensual	Seguro de Discapacidad del Seguro Social(SSDI)	\$ _____	Empleado(a)	\$ _____	Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	\$ _____	Trabajadores por cuenta propia	\$ _____	Seguro Estatal de Discapacidad (SDI)	\$ _____	Seguro privado de invalidez	\$ _____	Seguro de Desempleo (UI)	\$ _____	Jubilación/Pensión	\$ _____	Manutención infantil y/o pensión alimenticia	\$ _____	Compensación al trabajador	\$ _____	Alivio general (GR)	\$ _____	Estampillas de comida	\$ _____	CalWORKs Asistencia Temporal para Familias	\$ _____	Apoyo de familiares / amigos(as)	\$ _____	Necesitadas (TANF)	\$ _____	Ingresos por inversiones	\$ _____	Beneficios para Veteranos (VA)	\$ _____	Ingresos otro(s)	\$ _____	Ingreso mensual total		\$ _____	
	Tipo de ingreso	Monto Mensual	Tipo de ingreso	Monto Mensual																																									
	Seguro de Discapacidad del Seguro Social(SSDI)	\$ _____	Empleado(a)	\$ _____																																									
	Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)	\$ _____	Trabajadores por cuenta propia	\$ _____																																									
	Seguro Estatal de Discapacidad (SDI)	\$ _____	Seguro privado de invalidez	\$ _____																																									
	Seguro de Desempleo (UI)	\$ _____	Jubilación/Pensión	\$ _____																																									
	Manutención infantil y/o pensión alimenticia	\$ _____	Compensación al trabajador	\$ _____																																									
	Alivio general (GR)	\$ _____	Estampillas de comida	\$ _____																																									
	CalWORKs Asistencia Temporal para Familias	\$ _____	Apoyo de familiares / amigos(as)	\$ _____																																									
	Necesitadas (TANF)	\$ _____	Ingresos por inversiones	\$ _____																																									
Beneficios para Veteranos (VA)	\$ _____	Ingresos otro(s)	\$ _____																																										
Ingreso mensual total		\$ _____																																											

CONTACTO DE EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> Negarse a proporcionar	Contacto de emergencia _____	Relación _____	¿Sabe de su estatus de HIV? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Teléfono en Día: _____	¿Se puede revelar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	Teléfono en Tarde: _____	Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol		
	Teléfono móvil: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
	Contacto de emergencia Dirección _____	Dept./Unid # _____		
	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	

Notarial duradero	Nombre del poder notarial duradero _____	Teléfono de poder notarial duradero _____
--------------------------	---	--

CONTACTO ADICIONAL	Si alguien más contestara su teléfono, ¿con quién podría APLA Health dejar un mensaje o hablar?		
	Nombre _____	Relación con el cliente(a) _____	¿Cuál es el tamaño de su hogar? (cuántas personas viven contigo) _____
	Nombre _____	Relación con el cliente(a) _____	

HISTORIAL DEL CLIENTE	¿Es usted un veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Es usted crónicamente sin hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Es usted un sobreviviente de la Violencia doméstica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
------------------------------	---

Mi firma a continuación indica mi comprensión y certificación de:

- Formulario de consentimiento del paciente de HIPAA (adjunto, página 4)
- Consentimiento para divulgar información médica (adjunto, página 4)
- Procedimientos de quejas del cliente (adjunto, página 5)
- Declaración de derechos y responsabilidades del paciente y del cliente (adjunta, páginas 5-7)
- Acuerdo de servicios al cliente (adjunto, página 8)
- Formulario de consentimiento para compartir/no compartir del cliente Millennium de Casewatch (adjunto, página 9)
- Consentimiento para divulgar información médica Firma (adjunto, página 10)
- Procedimientos de consentimiento para divulgar información (adjunto, página 10)



Impresión del cliente _____

Fecha _____



Firma de cliente o padre/tutor del menor _____

Fecha _____

SOLO PERSONAL (DEBAJO DE ESTA LÍNEA)
=====

Administered By (Staff Print Name) _____	Agency Name _____
Signature of Staff _____	Date _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE HIPA

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) estableció una "Regla de Privacidad" para ayudar a garantizar que la información personal de atención médica esté protegida por motivos de privacidad. La Regla de Privacidad también se creó para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento del paciente para revelar información de salud sobre el paciente con el fin de llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.

APLA Health quiere que sepa que respetamos la privacidad de su información médica personal y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado o necesario, proporcionamos solo la información mínima necesaria a aquellos que consideramos que necesitan su información de atención médica con respecto al tratamiento, pago u operaciones de atención médica, para brindarle la atención médica que sea mejor para usted.

Apoyamos plenamente su acceso a sus registros médicos personales. Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirectas con usted (como laboratorios que solo interactúan con los médicos y no con los pacientes) y es posible que tengamos que divulgar información de salud personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esto incluye casos en los que usted es una amenaza para usted mismo (ideación de suicidio u homicidio) o casos de abuso de niños o ancianos. 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. En la mayoría de los casos, estas entidades no están obligadas a obtener el consentimiento del paciente.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o divulgación de su información de salud personal, pero debe hacerlo por escrito. Según esta ley, tenemos derecho a negarnos a tratarlo si usted decide negarse a revelar su información médica personal. Si elige dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro podrá solicitar rechazar total o parcialmente su información médica personal. No podrá revocar acciones que ya se hayan realizado y que se hayan basado en este o en un consentimiento previamente firmado.

Si tiene alguna objeción a este formulario, solicite hablar con nuestro Oficial de Cumplimiento de HIPAA. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso de Privacidad (Notificación de Garantía de Cumplimiento a Nuestros Pacientes), solicitar restricciones y revocar el consentimiento por escrito.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Su información médica y de salud se considera confidencial y privada y está protegida por la ley. APLA Health hará todo lo posible para mantener seguros todos los registros de los clientes. Sin embargo, como cliente de APLA Health, existen circunstancias que requerirán el intercambio de información sobre mí por teléfono, fax, correo electrónico y correspondencia postal.

Entiendo que APLA Health me representará en estos intercambios y que APLA Health no se hace responsable si alguna persona se entera de que soy cliente de APLA Health.

PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS DEL CLIENTE

Política

APLA Health ha establecido una Declaración de derechos del cliente para garantizar que los clientes sean tratados con respeto y reciban la más alta calidad de servicios posible. La política de quejas ha sido adoptada para que un cliente la utilice si siente que uno de sus derechos, tal como se define en la Declaración de Derechos del Cliente, fue violado o si tiene una queja específica que debe abordarse.

Trámites

1. Si un cliente tiene una queja con un programa o con el personal de un programa, el cliente primero debe intentar resolver el asunto con el supervisor o la gerencia del programa.
2. Si no se logra una resolución después de hablar con el supervisor o el director del programa, entonces el cliente deberá contactar al director de la división.
3. El supervisor, el director del programa y el director de división escucharán la información sobre el incidente e intentarán mediar en la queja.
4. Cualquier queja que sea el resultado de una disputa sobre un acuerdo de servicio escrito entre un cliente y un gerente de un programa específico será examinada por el director de división para determinar si el acuerdo de servicio fue justo, y si el contrato de servicio fue efectivamente violado por el cliente.
5. Si el asunto no puede mediar, se entregará al director de división para su resolución final.
6. Las quejas recibirán atención inmediata. Todo el personal apropiado hará todo lo posible para abordar y resolver las quejas dentro de los diez (10) días hábiles.
7. Si cree que su queja no se ha resuelto, puede comunicarse con la División de Programas de HTV y ETS de Los Ángeles al 1.800 260.8787.

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y CLIENTE

El propósito de esta Declaración de Derechos de Pacientes y Clientes es ayudar a que los clientes actúen en su propio nombre y en asociación con sus proveedores para obtener la mejor atención y tratamiento posible para el VIH/SIDA. Esta Declaración de Derechos y Responsabilidades proviene del corazón de las personas que viven con VIH/SIDA en las diversas comunidades del condado de Los Ángeles. Como alguien que recién ingresa o actualmente accede a servicios de atención, tratamiento o apoyo para el VIH/SIDA, usted tiene derecho a:

A. Trato respetuoso

1. Recibir atención considerada, respetuosa, profesional, confidencial y oportuna en un ambiente seguro, centrado en el cliente y sin prejuicios.
2. Recibir atención equitativa e imparcial de acuerdo con las leyes federales y estatales.
3. Recibir información sobre las calificaciones de sus proveedores, particularmente sobre su experiencia en el manejo y tratamiento del VIH/SIDA o afecciones relacionadas.
4. Ser informado de los nombres y números de teléfono del trabajo de los médicos, enfermeras y otros miembros del personal responsables de su atención.
5. Recibir alojamiento seguro para la protección de la propiedad personal mientras recibe atención y servicios.
6. Recibir servicios que sean cultural y lingüísticamente apropiados, incluyendo explicaciones completas de todos los servicios y opciones de tratamiento proporcionadas claramente en su propio idioma y dialecto.
7. Revise sus registros médicos y reciba copias de ellos cuando lo solicite (pueden aplicarse políticas razonables de la agencia, incluida una tarifa razonable por fotocopias).
8. Cuando surjan necesidades especiales, horarios de visita extendidos por parte de familiares, acompañantes o amigos durante el tratamiento hospitalario, reconociendo que pueden haber límites impuestos por razones válidas por parte del hospital, hospicio u otra institución para pacientes hospitalizados.

B. Atención competente y de alta calidad

1. Que su atención la brinden profesionales competentes y calificados que sigan los estándares de tratamiento del VIH según lo establecido por las Pautas del Servicio Federal de Salud Pública, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), 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 derivaciones adecuadas a otros servicios médicos, de salud mental u otros servicios de atención.

C. Tomar decisiones sobre el tratamiento

1. Recibir información completa y actualizada en palabras que comprenda sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, medicamentos (incluidos efectos secundarios y complicaciones comunes) y pronóstico que pueda esperarse razonablemente.
2. Participe activamente con su(s) proveedor(es) en discusiones sobre opciones y opciones disponibles para su tratamiento.
3. Tome la decisión final sobre qué elección y opción es mejor para usted después de haber recibido toda la información relevante sobre estas opciones y la recomendación clara de su proveedor.
4. Rechazar todos y cada uno de los tratamientos recomendados y que se le informe sobre el efecto que puede tener en su salud no tomar el tratamiento, que se le informe sobre cualquier otra posible consecuencia de su negativa y que tenga la seguridad de que tiene derecho a cambiar de opinión más adelante.
5. Ser informado y tener la oportunidad de participar en cualquier estudio de investigación clínica apropiado para el cual sea elegible.
6. Negarse a participar en investigaciones sin perjuicio o sanción de ningún tipo.
7. Rechazar cualquier servicio ofrecido o finalizar la participación en cualquier programa sin prejuicios ni impacto en su atención.
8. Ser informado sobre los procedimientos de la agencia o institución para resolver malentendidos, presentar quejas o presentar quejas.
9. Recibir respuesta a cualquier queja o queja dentro de los 30 días siguientes a su presentación.
10. Estar informado sobre servicios de defensoría del pueblo o de defensa independientes fuera de la agencia para ayudarlo a resolver problemas o quejas (consulte el número de teléfono al final de este formulario), incluido cómo acceder a un centro federal de quejas dentro del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

CI. Confidencialidad y Privacidad

1. Recibir una copia del Aviso de Políticas y Procedimientos de Privacidad de su agencia. Su agencia le pedirá que acuse recibo de este documento.
2. Mantener confidencial o anónimo su estado serológico respecto del VIH con respecto al asesoramiento y servicios de prueba. Que se le explique información sobre las políticas de confidencialidad y bajo qué condiciones, si corresponde, se puede divulgar información sobre los servicios de atención del VIH.
3. Solicite acceso restringido a secciones específicas de sus registros médicos.
4. Autorizar o retirar solicitudes de su expediente médico a cualquier otra persona además de sus proveedores de atención médica y para fines de facturación.
5. Cuestione la información de su expediente médico y presente una solicitud por escrito para cambiarla. Información documentada específica. Su médico tiene derecho a aceptar o rechazar su solicitud con una explicación.

CII. Información y asistencia de facturación

1. Recibir información completa y explicación por adelantado de todos los cargos en los que se pueda incurrir por recibir atención, tratamiento y servicios, así como las políticas de pago de su proveedor.
2. Recibir información sobre cualquier programa que lo ayude a pagar y asistencia para acceder a dicha asistencia y cualquier otro beneficio para el cual pueda ser elegible.

F. Responsabilidades del paciente/cliente

Para ayudar a su proveedor a brindarle a usted y a otros clientes la atención a la que tiene derecho, también tiene la responsabilidad de:

1. Participar en el desarrollo e implementación de su tratamiento individual o plan de servicios en la medida que pueda.
2. Proporcionar a sus proveedores, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre su salud y enfermedad actuales y pasadas, medicamentos y otros tratamientos y servicios que esté recibiendo, ya que todos estos pueden afectar su atención. Comunicar oportunamente en el futuro cualquier cambio o novedad.
3. Comuníquese con su proveedor cuando no comprenda la información que le brindan.
4. Seguir el plan de tratamiento que ha acordado y/o aceptar las consecuencias de no seguir el curso de tratamiento recomendado o de utilizar otros tratamientos.
5. Cumpla con sus citas y compromisos en esta agencia o informe a la agencia con prontitud si no puede hacerlo.
6. Mantenga informado a su proveedor o contacto principal sobre cómo comunicarse con usted de manera confidencial por teléfono, correo u otros medios.
7. Seguir las reglas y regulaciones de la agencia con respecto a la atención y conducta del paciente/cliente.
8. Sea considerado con sus proveedores y con sus compañeros clientes/pacientes y trátelos con el respeto que usted mismo espera.
9. El uso de malas palabras o lenguaje abusivo u hostil; amenazas, violencia o intimidación; portar armas de cualquier tipo; robo o vandalismo; La intoxicación o el uso de drogas ilegales y el acoso sexual o la mala conducta están estrictamente prohibidos.
10. Mantenga la confidencialidad de todos los demás que reciben atención o servicios en la agencia y nunca mencione a nadie a quien vea aquí ni hable casualmente con otros clientes que aún no conoce si los ve en otro lugar.

Para obtener más ayuda o información

Su primer paso para obtener más información o resolver cualquier queja o queja debe ser hablar con su proveedor o con un representante designado de servicios al cliente o defensor del paciente o tratamiento en la agencia. Si esto no resuelve algún problema en un lapso de tiempo razonable, o si surgen inquietudes o problemas serios sobre los cuales cree que necesita hablar con alguien fuera de la agencia, puede llamar al número que aparece a continuación para obtener información y asistencia confidencial e independiente.

Para pacientes y quejas/quejas llame (800) 260-8787

8:00 am - 5:00 pm

Lunes - viernes

ACUERDO SOBRE SERVICIOS AL CLIENTE – Cómo trabaja el programa

NOLP es un servicio complementario asistencial de alimentos, acompañado de un programa educativo en nutrición diseñado para servir a individuos que califiquen para este beneficio, con bajos ingresos y vivan con el VIH/SIDA en el condado de Los Ángeles.

CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD

Para calificar y recibir asistencia alimentaria a través de programa NOLP, se necesitan los siguientes documentos para demostrar la elegibilidad. **Toda documentación deberá de estar fechada entre 1 marzo 2024 y 28 febrero 2025**

- 1. Identificación con foto**
- 2. Finalización de documento FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE NOLP**
- 3. Comprobante de Ingreso o declaración jurada**
- 4. Comprobante de Residencia o declaración jurada**
- 5. Opciones de Nutrición:** Completar el documento de nutrición rápida; asistir a una clase de nutrición; cita con uno de nuestros dietistas.
- 6. Comprobante de infección del VIH se necesita para clientes nuevos a NOLP:** Carta del diagnóstico del VIH firmado por su Médico, Asistente Médico, Enfermera Registrada o resultados del laboratorio indicando el estado del VIH, cuenta CD4, carga viral del VIH, y el tipo de examen de carga viral administrado dentro de los últimos 12 meses o dos exámenes rápidos algorítmicos con resultados demostrando resultados positivos. Los dos exámenes deben indicar el nombre de la agencia, nombre del consejero de VIH, y el nombre del cliente. (Solo necesario si se está registrando por primera vez.)

Tarjeta de NOLP

Una vez inscripto le será otorgada una tarjeta identificadora. La tarjeta de NOLP es individual y se utiliza para acceder al programa. Usted tendrá que mostrar su tarjeta identificadora para recibir los servicios de NOLP. Si está incapacitado/a para retirar sus alimentos en los sitios de NOLP, puede enviar a otra persona en su nombre. La persona substituta deberá presentar una nota escrita por usted, aclarando que la misma puede retirar los alimentos en su ausencia, y también deberá mostrar su tarjeta de NOLP.

Prestación de servicios

Una vez otorgada la tarjeta identificadora de NOLP, usted está listo para retirar productos del almacén. Presente su tarjeta a un miembro del personal de NOLP, firme su vale (voucher) y cualquier otra documentación que le soliciten. Los clientes de NOLP pueden recoger sus productos del almacén una vez por semana. Durante su visita, recibirá una variedad de diferentes productos. Estos incluyen: productos frescos, enlatados, pasta, arroz, frijoles secos, carnes congeladas, bebidas, refrigerios, y una variedad de productos para la higiene personal y limpieza.

Procedimiento de quejas

Si el cliente tuviera una queja hacia el personal, voluntarios o el programa, el mismo tendría que resolver dicho reclamo con el empleado del lugar. Si no se alcanzara una solución, el cliente podría contactar al Coordinador Administrativo. Y, si aún así no se consiguiera una solución, el cliente debería contactar al Administrador del Programa. Si tiene preguntas o requiere más información por favor llame al 213.201.1433.

Finalización

APLA se reserva el derecho a la suspensión/terminación de los privilegios del cliente a retirar sus alimentos, si existe evidencia de abuso o uso inapropiado (por ej.: robo, venta de los alimentos de NOLP, comportamiento inapropiado que incluye traer un arma de cualquier tipo y usar alcohol/drogas o estar bajo la influencia de alcohol/drogas en un sitio de distribución). Abuso verbal, violencia física o amenazas al personal de NOLP, voluntarios, aprendizas, contratistas, o otros clientes, serán causa de suspensión de los servicios de NOLP.

Determinación de tarifa

Toda la comida y servicios educativos de nutrición que son proveídos a través del programa Vance North Necessities of Life Program (NOLP) son gratis y sin ningún costo.

Koreatown

David Geffen Health Center
611. S Kingsley Dr.
Los Angeles, CA 90005

Todos los **miércoles** y **viernes** de
10:00 AM - 12:00 PM &
1:30 PM - 5:30 PM

*Cerrado el primer viernes del mes.

Pasadena

Wesley Health Centers
1845 N. Fair Oaks. G-125,
Pasadena, CA 91103

Todos los **viernes** desde
9:00 AM - 12:00 PM &
1:00 PM - 3:00 PM

Lancaster

Wesley Health Centers
45104 10th Street West
Lancaster, CA 93534

Todos los **jueves** desde
9:00 AM - 12:00 PM &
1:00 PM - 3:00 PM

San Fernando Valley

Vance North NOLP
7336 Bellaire Ave
North Hollywood, CA 91605

Todos los **jueves** desde
10:00 AM - 4:30 PM

*Cada tercer jueves desde
10:00 am - 3:00 pm

Claremont

Foothill AIDS Project
678 S. Indian Hill Blvd. Suite 220,
Claremont, CA 91711

El **2do** y **4to** **miércoles** del
mes a partir de
2:00 PM - 4:00 PM

Long Beach

AIDS Food Store
590 E. Willow St.
Long Beach, CA 90806

Todos los **martes** desde
9:00 AM - 2:00 PM

South Los Angeles

APLA Health Center
1679 E. 120th St.
Los Angeles, CA 90059

Todos los **martes** desde
10:00 AM - 12:00 PM &
1:30 PM - 4:00 PM

*Cada tercer jueves de 10:00 am a
12:00 pm y 1:30 pm a 3:00 pm

East Hollywood

Wesley Health Centers
954 N. Vermont Ave.

Los Angeles, CA 90029
Todos los **martes** desde
9:00 AM - 12:00 PM &
1:00 PM - 3:00 PM

Nuestros socios comunitarios distribuyen NOLP en Skid Row, Reseda, Venice y Santa Monica. Favor de comunicarse al 213.201.1663.

Casewatch Millennium®

Consentimiento del Cliente Para Compartir o No Compartir Información

Yo deseo inscribirme con el “Ryan White Program/Casewatch Millennium®” para recibir servicios del Programa del Ryan White o del Departamento de Salud Pública (DPH), División de Programas de VIH y ETS (DHSP). Al registrarme me pedirán información personal, incluyendo mi nombre, raza, género, fecha de nacimiento, ingreso y otra información demográfica. Dependiendo de la agencia o programa con el que me inscribo, también me pueden preguntar sobre mi recuento de células CD4, carga viral, uso de medicamentos para el VIH, comportamientos de riesgo, mi condición general física y médica e historial médico.

Además de proveer información, proveeré una carta original de mi diagnóstico firmada y fechada por mi doctor, o me haré una prueba de sangre que muestre que soy VIH positivo. Al firmar este formulario, verifico que resido en el Condado de Los Ángeles.

Entiendo que hay ciertos servicios disponibles para parejas VIH-negativas, miembros de la familia, u otras personas a cargo afectados por el VIH, y la registración e información sobre servicios para estos clientes no será compartida con otras agencias independientemente de mi decisión de compartir mi información. Entiendo que mi nombre e información no será compartida fuera del sistema de Ryan White Program/Casewatch Millennium® a menos que yo provea un consentimiento específico para tal revelación. Una lista de agencias de Ryan White Program/Casewatch Millennium® está disponible a petición.

Además, como condición de recibir servicios del Programa de Ryan White, doy mi consentimiento para que mi información se ponga a disposición del departamento de salud local, agentes del fisco que proveen fondos para los servicios que recibo, a DPH/DHSP, y al Departamento de Salud Pública del Estado de California (CDPH), Oficina del SIDA del Estado de California, Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (ARIES) para la presentación de informes obligatorios sobre el tratamiento y cuidado, monitoreo del programa, análisis estadístico y actividades de investigación. Esta información incluye el mínimo necesario, pero no se limita al género, origen étnico, fecha de nacimiento, código postal, diagnóstico, y datos de servicio. Ninguna información de identificación, tal como su nombre y número de seguro social, será publicada o usada en mi contra sin mi consentimiento, salvo lo permitido por ley.

Entiendo que al rúbricar “ESTOY DE ACUERDO y ENTIENDO” en la línea siguiendo, información pertinente a mi salud, incluyendo estatus de VIH e ingreso será compartida con el departamento de salud local, agentes del fisco que proveen fondos para los servicios que recibo, el Departamento de Salud Pública, División de Programas de VIH y ETS, y el Departamento de Salud Pública del Estado de California (CDPH), Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (ARIES) cuando yo solicite registración para cuidado o acceso a servicios en una agencia de Programas de Ryan White. Solamente personal autorizado en cada agencia tendrá acceso a mi información cuando sea necesario. La información compartida puede incluir información sobre servicios recibidos o sobre mi tratamiento en una agencia en particular. Salud mental, servicios legales y/o abuso de sustancias será compartido según lo permitido por ley. En la mayoría de los casos, no será necesario volver a registrarse (en Casewatch Millennium®) o proveer una carta confirmando el diagnóstico de VIH cuando yo requiera servicios de una agencia que provea servicios con fondos del Programa de Ryan White o del DPH/División de Programas de VIH y ETS.

Mi registración en el Programa de Ryan White/Casewatch Millennium® no garantiza los servicios de ninguna agencia. Listas de espera o los requisitos de elegibilidad pueden excluirme de los servicios de otras agencias de Ryan White Program/Casewatch Millennium®.

Con mi firma reconozco que me han ofrecido una copia de este consentimiento, y lo he discutido con la persona indicada abajo. Entiendo que este formulario será guardado en mi expediente y mi consentimiento quedará en efecto por tres (3) años partir de la fecha de mi firma.

Consentimiento para divulgar información médica

Firmar este Consentimiento para divulgar información médica le brinda la flexibilidad de determinar qué tipos de información se divulgarán y bajo qué circunstancias. Además, este formulario cumple con las Reglas de Privacidad de HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos).

Yo, _____, por la presente, autorizo _____
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.

Firma del cliente o padre/tutor del menor **Fecha** **Consentimiento válido a través de:**

Deseo agregar las siguientes personas, agencias y/o médicos específicos a este Consentimiento para divulgar información médica:

Firma del cliente o padre/tutor del menor **Fecha**