

Division of HIV

Casewatch Millennium® Consentimiento del Cliente

Yo, _____, (*nombre en letra de molde*) deseo inscribirme en el “Casewatch Millennium®” para recibir servicios fundados por el 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.

Al firmar este formulario, verifico que resido en el Condado de Los Ángeles.

Entiendo que los servicios de PrEP pueden estar disponibles en múltiples agencias, pero mi registración e información de mis servicios no serán compartidas entre agencias al menos que yo decida transferir mi cuidado a una agencia diferente. Entiendo que mi nombre e información no será compartida fuera del sistema de Casewatch Millennium® a menos que yo provea un consentimiento específico para tal revelación. Una lista de agencias de Casewatch Millennium® que proporcionan servicios de prevención biomédica del VIH está disponible a petición.

Además, como condición de recibir los servicios PrEP, 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 y a DPH/DHSP para la presentación de informes obligatorios sobre el tratamiento y cuidado, monitoreo del programa, análisis estadístico y actividades de investigación. Esta información incluye lo más 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 mi nombre y número de seguro social, será publicada o usada en mi contra sin mi consentimiento, salvo lo permitido por ley.

Entiendo que al marcar “ESTOY DE ACUERDO y ENTIENDO” en el cuadro siguiente, 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 y el Departamento de Salud Pública, División de Programas de VIH y ETS. 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 substancias será compartido según lo permitido por ley. En la mayoría de los casos, no será necesario volver a registrarme (en Casewatch Millennium®) cuando yo requiera servicios de una agencia que provea servicios con fondos del DPH/ División de Programas de VIH y ETS.



ESTOY DE ACUERDO Y ENTIENDO

Mi registración en el /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 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 a partir de la fecha de mi firma.

Firma del Cliente o Padre/Guardián de Niño Menor

Fecha

For Local Health Care Agency Use Only

Administered By _____

Agency Name _____

Signature _____

Date _____