

Consentimiento para Visitas al Hogar y/o Llamadas y Coordinación de Servicios

Yo _____, edad _____, autorizo al personal de _____, localizado en _____ a contactarme para conocer si comencé, estoy o descontinué mi tratamiento médico para el VIH. Este servicio de contacto es para ayudarme en el manejo de situaciones relacionadas a la condición, superarlas; dar seguimiento o reconectar a los/las pacientes a su tratamiento y así continuar viviendo de forma saludable y con una mejor calidad de vida. Reconozco que este servicio es completamente **VOLUNTARIO** y estrictamente **CONFIDENCIAL**. Además, reconozco que el mismo podrá ser revocado o desautorizado por mi persona en cualquier momento por escrito.

Favor de marcar entre las alternativas que se ofrecen más adelante la forma en que usted desearía que le contactemos (**marcar todas las que apliquen**). Las formas de identificación que usted especifique serán utilizadas antes de que el empleado de la agencia ofrezca información sobre el motivo de la llamada o de su visita.

Consiento a Llamadas telefónicas:

Sí, autorizo que me llamen.

Sí, se puede dejar mensaje sólo con el nombre del empleado (sin mencionar el nombre de la agencia)

Sí, se puede dejar mensaje con el nombre del empleado, el nombre y # teléfono de la agencia donde devolver llamada

• Teléfono del paciente: _____ Celular de paciente: _____

• Representante Autorizado* _____
Relación # Teléfono

_____ Relación # Teléfono

• Correo electrónico _____

No autorizo a que se me llame ni dejen mensajes

***Nota para el personal de la agencia que orienta al paciente sobre este documento:** Al momento de visitar o llamar, tenga en consideración el manejo de la información confidencial; algún familiar podría no conocer de la condición de VIH del paciente. Asegúrese que la persona contacto que informa el paciente bajo "Representante Autorizado" conoce del diagnóstico del paciente.

Consiento a Visitas al hogar:

Sí, autorizo a que me visiten

No autorizo a que me visiten

Sí, se puede dejar notificación escrita de la visita sólo con el nombre del empleado (sin escribir el

nombre de la Agencia o Clínica)

- Sí, se puede dejar notificación escrita de la visita con el nombre del empleado y # de teléfono de la Clínica (sin escribir el nombre de la Agencia o Clínica)
- No se puede dejar notificación

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Consiento a compartir mi información para que la misma pueda ser utilizada en la coordinación de servicios provistos por _____ (Nombre de la Agencia) _____ y aquella que se requiera para el referido al centro clínico o CPTET _____.

- Sí, autorizo a compartir mi información para coordinar los servicios provistos por la agencia
- Sí, autorizo a compartir mi información con el centro clínico o CPTET
- No autorizo a compartir mi información para coordinar los servicios provistos por la agencia
- No autorizo a compartir mi información con el centro clínico o CPTET

Certifico que he recibido orientación sobre la importancia de mantenerme adherente al tratamiento médico para mi bienestar de salud. Además, se me ha explicado el servicio que me ofrece la agencia para apoyarme en recibir servicios de apoyo que me permitan continuar con mi tratamiento médico y mejorar mi calidad de vida.

Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo y protegido por leyes y reglamentos estatales y federales respecto a la divulgación de mi información personal de salud (42 CFR Parte 2 y Regulaciones de Privacidad Federal HIPAA). Estoy consciente que _____ (Nombre de la Agencia) _____ está obligada a cumplir con dichas leyes y reglamentos respecto a la divulgación de mi información privilegiada de servicios de salud.

Nombre y Firma del Paciente

Fecha: _____

Nombre y Firma del Profesional que Orienta de la Agencia

Fecha: _____