



## Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP\*)

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

#### Consentimiento para Participar y Autorizar la Revelación de información Personal y Médica

ADAP es un programa de subsidio administrado por el Departamento de Salud Pública de California (CDPH\*) para proporcionar tratamientos con medicamentos recetados y otros servicios médicos a personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia adquirido (VIH\*). ADAP incluye programas de asistencia para medicamentos recetados y asistencia con el seguro médico. Las personas que soliciten los servicios de ADAP deben reunir ciertos requisitos de elegibilidad. Los servicios están disponibles solamente para personas que residen en California, que no tienen seguro médico o tienen un seguro deficiente, que no están completamente cubiertas por Medi-Cal y que tienen un ingreso bruto modificado de hasta el 500 por ciento del nivel federal de pobreza, basado en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar. Con el fin de verificar la elegibilidad para el programa, es posible que se requiera que CDPH o sus agentes obtengan su información personal de otras agencias o profesionales de la salud. Si decide inscribirse en ADAP, la agencia que lo inscriba obtendrá información personal, incluyendo su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de seguro social, historia clínica (incluyendo la carga viral y registros de recuento de CD4), y elegibilidad económica para el programa. La información se considerará confidencial, pero puede compartirse con profesionales de la salud, personal de CDPH, empleados de inscripción de ADAP, el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS\*), la Junta Tributaria Estatal (FTB\*), Covered California, contratistas de CDPH relacionados con la administración del programa, programas financiados por Ryan White para coordinar la elegibilidad del cliente, la subdivisión de evaluación e informática de ADAP y Care, y otros programas gubernamentales y públicos como sea necesario para los fines limitados de la administración del programa y determinación de la elegibilidad para el mismo. La información que usted proporcione para su solicitud de ADAP también puede ponerse a disposición de su departamento local de salud para fines de estadísticas e investigación. Esta información incluye, pero no está limitada a género, grupo étnico, código postal, estado del diagnóstico y fecha de nacimiento. Esta información también puede ser utilizada para investigación y escritos profesionales con la garantía absoluta de que toda información que lo pueda identificar, incluyendo su nombre y número de seguro social, será borrada. Ningún informe profesional o de investigación que pueda publicarse utilizara su nombre ni ninguna información personal que lo pueda identificar. Hay acuerdos vigentes sobre la confidencialidad, los cuales mantienen confidencial la información del cliente excepto que haya un consentimiento específico del cliente o según lo permita la ley.

Para aquellos específicamente inscritos o que soliciten alguno de los programas de asistencia para seguro médico con ADAP, los cuales proveen el pago de las primas de seguro médico y los gastos del bolsillo médicos para clientes de ADAP que reúnen los requisitos, es posible que se requiera que CDPH o sus agentes obtengan e intercambien información personal y médica, como se describe en el párrafo anterior, con planes de seguro de salud; administradores, empleadores y planes de seguro de salud administrados por el empleador según la Ley de Reconciliación de Presupuesto Consolidado Omnibus (COBRA\*) como sea necesario para determinar su elegibilidad y para los propósitos de administrar el programa.

Yo, \_\_\_\_\_ acepto revelar la información personal y médica a las entidades procedentes y para los fines descritos previamente, como sea necesario para todo programa de ADAP, en el cual estoy inscrito o del cual solicito servicios. También acepto que ADAP obtenga mi carga viral y registros de recuento de CD4 de la Rama de Vigilancia, investigación y Evaluación de CDPH para determinar y mantener mi elegibilidad y facilitar el acceso a los servicios de ADAP. Entiendo y estoy de acuerdo en que ADAP es el pagador de último recurso. Si se determina que los servicios o artículos que obtuve de ADAP deberían haber sido pagados por otras entidades federales, estatales o privadas, entiendo y acepto que ADAP y sus agentes pueden revelar información de salud protegida a estas otras entidades con el propósito de obtener el reembolso. Este proceso puede crear una explicación de los beneficios que podrían enviarse a un asegurado principal que puede o no ser el cliente ADAP.

Este consentimiento deberá permanecer vigente por dos (2) años a partir de la fecha de mi firma que figura a continuación. Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como el original.

Nombre del solicitante (imprimir): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ *\*por sus siglas en inglés*