



## Formulario de Consentimiento para el Programa de Asistencia de Profilaxis Pre-exposición

### Consentimiento para Participar y Consentimiento para la Divulgación de Información Personal y Médica

El programa de asistencia para Profilaxis Pre-exposición (PrEP\*) es un programa de subsidio administrado por el Departamento de Salud Pública de California (CDPH\*) para subvencionar ciertos costos de medicación para la prevención de la infección por VIH y otros servicios médicos conexos para individuos elegibles. Las personas que soliciten servicios de asistencia PrEP deben cumplir con las normas de elegibilidad. Los servicios sólo están disponibles para residentes de California que tengan por lo menos 18 años de edad; son VIH-negativos; que cumplan con los requisitos de elegibilidad financiera; y que se les haya recetado medicamentos inscritos en el formulario del programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA.

Para verificar la elegibilidad para este programa, CDPH o sus agentes pueden ser requeridos a obtener información personal de otras agencias o proveedores de atención médica. Si usted decide inscribirse en el programa de asistencia PrEP, la agencia de inscripción obtendrá su información personal incluyendo su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de seguro social, historial médico (incluyendo laboratorios de VIH), y elegibilidad financiera para el programa. La información será considerada confidencial, pero puede ser intercambiada con los proveedores de atención médica, el personal de CDPH, los trabajadores de inscripción, el Departamento de servicios de atención de la salud (DHCS\*), la Junta Tributaria Estatal (FTB\*), Covered California, contratistas de CDPH asociados con la administración del programa, los fabricantes de medicamentos, los planes de seguro de salud, los administradores de la ley de reconciliación del presupuesto omnibus consolidado (COBRA\*), los empleadores y el empleador que administran planes de seguro de salud y otros organismos gubernamentales o agencias públicas como sea necesario para los propósitos limitados de administrar el programa y determinar la elegibilidad del programa. La información que usted proporcione en su solicitud para el programa de asistencia de PrEP también puede ser hecha a disposición de su departamento de salud local para fines estadísticos y de investigación. Esta información incluye, pero no se limita a, el género, la etnicidad, el estado de diagnóstico, el código postal y la fecha de nacimiento. Esta información también puede ser utilizada para la investigación y escrituras profesionales bajo estrictas garantías de que toda la información de identificación sea eliminada, incluyendo nombre y número de seguro social. Cualquier informe profesional o de investigación que pueda publicarse no usará su nombre ni ninguna información de identificación personal. Existen acuerdos de confidencialidad que mantienen la información confidencial del cliente excepto con el consentimiento específico del cliente o según lo permita la ley.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para la divulgación de la información personal y médica a las entidades aplicables y para los propósitos descritos arriba, según sea necesario para el programa de la ayuda de PrEP en el cual estoy matriculado, o de la cual estoy solicitando servicios. Entiendo y acepto que el programa de asistencia de PrEP es el pagador del último recurso. Si se determina que los servicios o artículos que obtuve del programa de asistencia de PrEP deberían haber sido pagados por otras entidades federales, estatales o privadas, entiendo y acepto que el programa de asistencia de PrEP y sus agentes pueden revelar información de salud protegida a estas otras entidades con el fin de obtener el reembolso. Este proceso puede crear una explicación de los beneficios que podrían enviarse a un asegurado principal que no puede ser el cliente del programa de asistencia de PrEP.

Este consentimiento permanecerá en vigencia por dos (2) años a partir de la fecha de mi firma a continuación. Una fotocopia de este consentimiento se considerará tan válida como la original.

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

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

*\*por sus siglas en inglés*