



Consentimiento del cliente del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) para la recopilación y autorización de divulgación de información personal y médica

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) es un programa de subvenciones administrado por la Oficina de SIDA del Departamento de Salud Pública de California (CDPH) para proporcionar tratamientos con medicamentos recetados y otros servicios de salud a las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El ADAP incluye programas de asistencia para medicamentos recetados y seguros. Las personas que soliciten los servicios del ADAP deben cumplir con los estándares de elegibilidad. Los servicios solo están disponibles para las personas que residen en California, no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, no están totalmente cubiertos por Medi-Cal y tienen unos ingresos brutos ajustados modificados de hasta el 500% del nivel federal de pobreza basado en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar. El CDPH tiene contratos con agencias de inscripción y otras entidades (colectivamente, "agentes") para ayudar a administrar el ADAP.

Al firmar este formulario, autoriza al CDPH y a sus agentes a obtener información sobre usted de otras agencias estatales y federales o de su(s) proveedor(es) de atención médica para verificar su elegibilidad para el ADAP. También autoriza a las agencias de inscripción a reunir información sobre usted para inscribirlo en el ADAP.

La información que autoriza al CDPH y sus agentes a obtener incluye su nombre, fecha de nacimiento, número de la seguridad social, ingresos, datos demográficos, resultados de pruebas de VIH, diagnóstico y otra información médica, e información de beneficios de salud.

Solo el personal autorizado de los agentes del CDPH tendrá acceso a su información, y solo en la medida en que sea necesario conocerla, tal como exige la legislación de California y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Existen acuerdos de confidencialidad que mantienen la confidencialidad de la información de los clientes, excepto con la autorización específica del cliente o si la ley lo permite. La información divulgada puede ser objeto de una nueva divulgación y deja de estar protegida si se divulga a alguien que no sea una entidad cubierta.

Al firmar este formulario, autoriza al CDPH y a sus agentes que participan en la administración del ADAP a recopilar y utilizar su información y da su consentimiento para que divulguen información sobre usted para los siguientes fines:

- Entre sí para verificar la elegibilidad para el programa y para la coordinación de la atención y beneficios, el seguimiento y la evaluación del programa y otros fines directamente relacionados con la administración del ADAP.
- Entre sí para cumplir los requisitos de información estatales y federales.
- Para y del Departamento de Cuidado y Servicios de Salud, la Junta de Impuestos de Franquicia, Covered California, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y otras agencias federales y estatales, según sea necesario para verificar la elegibilidad para el programa y otros fines directamente relacionados con la administración del ADAP.
- Para y de su(s) proveedor(es) de atención médica para coordinar la cobertura de facturación de medicamentos y otros fines directamente relacionados con la administración del ADAP.
- Para y de los programas financiados por Ryan-White para coordinar la elegibilidad y la atención de los clientes.

- Para y de su Departamento de Salud local para la supervisión y evaluación del programa y para facilitar la vinculación a la atención sanitaria.
- Para y del Auditor del Estado de California, al Centro de Información e Innovación de Datos de California, a la Oficina de Seguridad de la Información de California o a otras agencias estatales y federales según lo exija la ley.

Según la legislación federal y estatal, el ADAP es un pagador de último recurso. Si se determina que los servicios o artículos obtenidos del ADAP deberían haber sido pagados por otras entidades federales, estatales o privadas, el ADAP o sus agentes pueden revelar su información a esas entidades con el fin de obtener el reembolso. Este proceso puede dar lugar a una explicación de los beneficios que puede enviarse al titular principal de la póliza, que puede no ser el cliente del ADAP.

Para las personas inscritas o que solicitan los programas de asistencia de seguro del ADAP, que proporcionan asistencia para el pago de primas de seguro de salud y para el pago de gastos médicos de bolsillo para clientes elegibles del ADAP, al firmar este formulario, usted autoriza al CDPH y a sus agentes a divulgar su información a planes de seguro de salud, administradores de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés), empleadores y planes de seguro de salud administrados por empleadores, según sea necesario para determinar su elegibilidad y para otros fines directamente relacionados con la administración de ADAP.

Para las personas inscritas en el ADAP sin cobertura de seguro, al firmar este formulario, autoriza al CDPH y a sus agentes a compartir información sobre usted para coordinar servicios integrales de navegación de cobertura de salud con el fin de garantizar que el ADAP siga siendo el pagador de último recurso.

_____ (Ponga sus iniciales aquí para solicitar su inclusión voluntaria). El Proyecto de Seguimiento Médico es una encuesta anual que reúne información sobre las experiencias vividas por las personas seropositivas en Estados Unidos. Está dirigido por los Departamentos de Salud estatales y locales en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Los participantes se seleccionan al azar. Al poner sus iniciales aquí, autoriza al CDPH y a los trabajadores de inscripción del ADAP a divulgar información sobre usted a su Departamento de Salud local con el propósito de ayudar a su Departamento de Salud local a obtener información precisa y actualizada sobre las personas seleccionadas para el MMP.

Acepta que su consentimiento y autorización en este formulario permanecerán vigentes durante un año a partir de la fecha de su firma a continuación, y una copia digital o fotocopia de este formulario se considerará tan válida como el original.

Tiene derecho a modificar o revocar este consentimiento y autorización por escrito poniéndose en contacto con cdphmedassistfax@cdph.ca.gov. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario.

Por la presente consiento y autorizo la recopilación, uso y divulgación de mi información personal según lo establecido anteriormente.

Nombre del cliente/representante*: _____
(En letra de imprenta)

Firma del cliente/representante: _____

Fecha: _____

*Si está firmando como representante legal en nombre del cliente, proporcione documentación que acredite su nombramiento como representante legal del cliente.