



Consentimiento del cliente para la recopilación y autorización de la divulgación de información personal y médica para el Programa de Asistencia para la Profilaxis Preexposición (PrEP-AP)

El Programa de Asistencia para la Profilaxis Preexposición (PrEP-AP) es un programa de subvención administrado por la Oficina de SIDA del Departamento de Salud Pública de California (CDPH) que ayuda con determinados costos de medicamentos para la prevención de la infección por VIH y otros servicios médicos relacionados para las personas elegibles. Las personas que solicitan servicios al PrEP-AP deben cumplir con los estándares de elegibilidad. Los servicios solo están disponibles para las personas que residen en California, son VIH negativas, no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, no están totalmente cubiertas por Medi-Cal y tienen unos ingresos brutos ajustados modificados de hasta el 500% del nivel federal de pobreza en función del tamaño de la familia y los ingresos del hogar. El CDPH celebra contratos con agencias de inscripción, proveedores clínicos y otras entidades (colectivamente, "agentes") para ayudar a administrar el PrEP-AP.

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 PrEP-AP. También autoriza a las agencias de inscripción a reunir información sobre usted para inscribirlo en el PrEP-AP.

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 sobre prestaciones 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 garantizan 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 PrEP-AP 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 las prestaciones, el seguimiento y la evaluación del programa y otros fines directamente relacionados con la administración del PrEP-AP.
- 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 PrEP-AP.
- 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 PrEP-AP.
- 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 estatal, el PrEP-AP es un pagador de último recurso. Si se determina que los servicios o artículos obtenidos del PrEP-AP deberían haber sido pagados por otras entidades federales, estatales o privadas, el PrEP-AP 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 las prestaciones que puede enviarse al titular principal de la póliza, que puede no ser el cliente del PrEP-AP.

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.