



Solicitud de Servicios – Menores

Documentos Requeridos

- Prueba de identificación o la siguiente certificación ver abajo
- Copia de los resultados de laboratorio con fecha de seis meses atrás a partir de hoy

Derechos y Responsabilidades

1. Entiendo que se tomarán todas las medidas razonables para proteger mi confidencialidad.
2. Entiendo que recibiré una tarjeta de identificación electrónica que es sólo para fines de identificación y no verifica la elegibilidad. Entiendo que es posible que tenga que presentar esta tarjeta en mi teléfono móvil a algunos proveedores con el fin de obtener beneficios. Si no tengo un teléfono móvil, mi trabajador de inscripción imprimirá tarjetas de papel para mí.
3. Entiendo que recibiré notificaciones confidenciales con respecto a actualizaciones o cambios en mi elegibilidad a través de un portal electrónico para clientes al que se puede acceder en cualquier teléfono móvil o computadora. Entiendo que soy responsable de salvaguardar mi información de inicio de sesión para que nadie más pueda acceder a la información en mi portal de cliente. Si no tengo un teléfono móvil o una computadora, entiendo que soy responsable de registrarme con mi trabajador de inscripción antes de la fecha de vencimiento de la reinscripción que se indica a continuación.
4. Entiendo que mi elegibilidad es buena por un año a partir de la fecha en que mi solicitud completa es aprobada. Si quisiera continuar recibiendo la asistencia después de que expire mi elegibilidad, debo volver a inscribirme.
5. Entiendo que si estoy siendo inscrito por primera vez sin resultados de laboratorio, solo se me concederán 30 días de elegibilidad temporal y que debo proporcionar a mi trabajador de inscripción los resultados de laboratorio requeridos dentro de 30 días o mi elegibilidad terminará.
6. Entiendo que se me pedirá que proporcione resultados de laboratorio actualizados con fecha dentro de los seis meses de mi solicitud cuando me vuelva a inscribir en el programa.
7. Entiendo que, cuando cumple 18 años, debo cumplir con requisitos adicionales del programa para poder volver a inscribirme en el programa.
8. Entiendo que debo decirle a mi trabajador de inscripción si ocurre alguno de lo siguiente:
 - a. Cambié de dirección o cambió mi número de teléfono.
 - b. Alguien más dejó de apoyarme o declararme como un dependiente en sus impuestos.

Información del Solicitante

Fecha: _____ Fecha de Reinscripción: ____/____/____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación del cliente: _____ Nombre: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de sitio de inscripción _____

Nombre del sitio de inscripción _____

Consentimiento del Solicitante

Si decide inscribirse en el Programa de Asistencia de PrEP, la agencia de inscripción recopilará información personal, incluyendo su nombre, fecha de nacimiento, correo electrónico e historia clínica (incluidos los laboratorios de VIH). La información se considerará confidencial, pero puede intercambiarse con proveedores de atención médica, personal de CDPH, trabajadores de inscripción del programa, personal de CDPH y contratistas que administran el Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA, trabajadores que administran los contratistas CDPH del Programa de Servicio Infantil de California asociados con la administración del programa con el fin de administrar el programa, y con el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el Programa de Asistencia. La información que usted proporciona para su solicitud del Programa de Asistencia de PrEP también puede ponerse a disposición de su departamento de salud local para fines estadísticos y de investigación. Esta información incluye, pero no se limita a, género, etnia, estatus del diagnóstico, código postal y fecha de nacimiento. Esta información también se puede utilizar para la investigación y los escritos profesionales bajo estrictas garantías de que toda la información de identificación, incluido el nombre, se elimina. Cualquier informe profesional o de investigación que pueda ser publicado no utilizará su nombre ni cualquier información de identificación personal. Existen acuerdos de confidencialidad que mantienen la confidencialidad de la información del cliente, excepto con el consentimiento específico del cliente o según lo permita la ley. La información de salud divulgada a través de la autorización puede estar sujeta a re-divulgación y ya no está protegida si se divulga a otra persona que no sea una entidad cubierta.

Doy mi consentimiento para divulgar información personal y médica a las entidades aplicables y para los fines descritos anteriormente, según sea necesario para el Programa de Asistencia de PrEP en el que estoy inscrito, o solicitando servicios. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito enviando una solicitud de revocación por correo a CDPH, PO Box 997426, Mail Stop 7708, Sacramento, CA 95899-9908 o puede enviar una solicitud por correo electrónico a PrEPSupport@cdph.ca.gov. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no pueden ser condicionados a esta autorización del paciente. Este consentimiento permanecerá en efecto durante dos (2) años a partir de la fecha de mi firma a continuación. Una fotocopia de este consentimiento se considerará válida como la original.

Nombre del solicitante (en letra de molde):

Firma Del Solicitante:

Fecha: