ARIES Forma de Consentimiento de Compartir/No Compartir

Yo, _____, (nombre completo con letra de molde) deseo inscribirme con ARIES, para recibir servicios suministrados con fondos de la Ley Ryan White CARE o el Departamento de Servicios de Salud de California (CDHS), Oficina del SIDA. En mi inscripción se me pedirá que proporcione información personal, incluyendo mi nombre, raza, género, fecha del nacimiento y otros datos demográficos. De acuerdo con la agencia o el programa con el cual me registro, es posible que se me hagan más preguntas sobre mi recuentro de células CD4, carga viral, uso de medicamentos para el VIH, comportamientos de riesgo, una descripción general de mi condición física y médica y otras preguntas acerca de mi historia médica.

Además de suministrar esta información, presentaré una carta de diagnóstico de mi doctor con firma y fecha o me someteré a una prueba de sangre que muestre que soy VIH positivo. Estoy enterado que también tendré que contestar preguntas sobre mis ingresos economicos. Al firmar este documento, declaro que vivo en California, o que es mi intención vivir ahí.

Entiendo que podrán proporcionarse ciertos servicios a parejas, familiares o a otros proveedores de cuidado médico que son VIH negativos, y que la inscripción e información de servicios a estos clientes no serán compartidos entre agencias, ya sea que yo comparta o no mis datos personales.

COMPARTIR: Al marcar el cuadro “compartir”, acepto compartir información sobre mi inscripción con otras agencias que me proporcionen servicios que forman parte de ARIES. Solamente el personal autorizado en una agencia tendrá acceso a mi información cuando así se requiera. Los datos compartidos podrán incluir los servicios o tratamientos recibidos de determinada agencia. Solamente hasta donde lo permita la ley se compartirá información sobre salud mental, servicios legales o drogadicción. Al declarar mi disposición de compartir mi información, generalmente no tendré que reinscribirme (en ARIES) ni proporcionar carta de diagnóstico cuando requiera servicios de una agencia que opere con fondos de la Ley Ryan White CARE o de CDHS/Oficina del SIDA.

NO COMPARTIR: Al marcar el cuadro “no compartir” abajo, significa que no deseo compartir mi información con agencias ARIES a las que solicite servicios. Si no deseo que agencias ARIES compartan mi información, me inscribiré con cada agencia a la que acuda en solicitud de servicios, proporcionando a cada una la información requerida, incluyendo una carta original de diagnóstico.

Mi selección: ☐ **Compartir** ☐ **No Compartir**

Yo podré cambiar mi decisión sobre el compartir o no mis datos, así notificando al personal de la agencia donde solicite un servicio y firmando un nuevo documento de ARIES de Compartir/No compartir. Estoy enterado que al cambiar de No Compartir a Compartir, se abrirá mi historial de ARIES para otras agencias ARIES de las cual recibo servicios. Sea cual fuera mi decisión, no se darán a conocer mi nombre e información fuera del sistema ARIES, a menos que dé mi consentimiento informado y específico al respecto.

Entiendo que la información que proporciono se puede poner a disposición de mi departamento de salud local y CDHS/Oficina del SIDA para los requisitos de divulgación asignados por mandato del cuidado y del tratamiento, y se puede utilizar para la evaluación del programa, el análisis estadístico y las actividades de investigación. Esta información incluye, pero no se limita a, género, grupo étnico, fecha del nacimiento, código postal, estado de la diagnosis, y los datos de servicio. Ninguna información que me identifica, tal como mi nombre y número de Seguro Social, será compartida, publicada, o utilizada contra mí sin mi consentimiento, excepto según lo permitido por la ley.

Mi inscripción en ARIES no garantiza servicios de ninguna otra agencia. Las listas de espera u otros requisitos de participación podrían excluirme de servicios de otras agencias ARIES.

Al firmar este documento, reconozco que me han ofrecido un ejemplar del documento de consentimiento Compartir/No compartir y que he hablado con la persona de la agencia señalada abajo sobre mi selección de compartir la información o no. Entiendo que este documento será guardado en mi archivo de documentos.

_____ _____

Firma de cliente o Padre/Tutor de menor *Fecha*

Para uso de la agencia únicamente

_____ _____

Administrado por *Nombre de la agencia*

_____ _____

Firma *Fecha*