

Formulario de CONSENTIMIENTO

Doy mi permiso para que el Departamento de Salud de Virginia (VDH, por sus siglas en inglés) obtenga, verifique, y/o divulgue información sobre mi raza, origen étnico, dirección, información médica, de medicamentos recetados, y/o cobertura de seguro médico, con otras entidades según sea necesario para gestionar mi acceso a medicamentos y otros servicios a través del Programa Ryan White, parte B de Virginia, incluyendo el Programa de Ayuda para Medicamentos de Virginia (VA MAP, por sus siglas en inglés). VDH puede compartir mi información sin limitarse a: médicos, personal del departamento de salud, coordinador de servicios, otros programas de la División de Prevención de Enfermedades (incluyendo vigilancia del virus de inmunodeficiencia humana VIH (HIV, por sus siglas en inglés), atención del VIH y prevención del VIH), personal de los centros de tratamiento, proveedores de servicios de farmacia, entidades de referencia para servicios o agencias, clínicas, corredores de seguros, agencias que pagan mis primas de seguros o copagos de medicamentos, y/o aseguradoras. VDH y estas entidades acuerdan tratar toda esta información de manera confidencial.

Doy permiso para que VDH proporcione documentos o información a las agencias pertinentes para respaldar la solicitud o el pago por parte de Medicare, Medicaid, otros beneficios de atención médica o servicios a través del Programa Ryan White, parte B.

☐ Si

☐ No

He leído (o me han leído) la información y consentimiento. Entiendo y firmo estas condiciones para recibir los servicios del Programa Ryan White, parte B. He comprobado que la información facilitada en este formulario es completa y exacta a mi mejor saber y entender.

Nombre impreso del cliente: _____

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Responsabilidades, compromisos y derechos del cliente

- Es mi responsabilidad proporcionar la información, incluyendo el historial médico y un comprobante de ingresos, cambios de dirección, números de teléfono y cualquier cambio en mi nombre cada seis meses, a fin de seguir siendo elegible para cualquier servicio del Programa Ryan White, parte B, incluyendo los servicios del Programa de Ayuda de Medicamentos de Virginia (VA MAP, por sus siglas en inglés).
- Es mi responsabilidad informar al Departamento de Salud de Virginia (VDH) sobre cualquier cambio en mi información de contacto, ingresos, seguro médico y la prima del seguro (si corresponde) en el momento que esto ocurra. Entiendo que, si no proporciono la documentación necesaria, afectará mi posibilidad de recibir servicios a través de VDH.
- Es mi responsabilidad devolver cualquier cheque, dinero en efectivo u otros reembolsos que reciba de cualquier proveedor si VDH ha pagado por esos servicios. Entiendo que ese dinero pertenece a VDH. Esto incluye cualquier cheque de la compañía de seguros. Devolveré cualquier reembolso a VDH en un plazo de siete días desde la fecha de recepción. Entiendo que el pago lo puedo enviar directamente a VDH, entregar al personal del Programa VA MAP de VDH, se lo puedo dar al coordinador de servicios del Programa Ryan White o a mi proveedor médico que lo devolverá al Programa VA MAP de VDH en mi nombre. Entiendo que conservar estos reembolsos, fondos o cheques puede tener como consecuencia que, en el futuro, no pueda acceder a servicios del Programa de Ayuda para Medicamentos de Virginia (VA MAP).
- Entiendo que VDH introduce mi información en una base de datos confidencial que ayuda al programa a

determinar y prestar los servicios que necesito.

- También entiendo que, si no firmo este cuestionario, VDH no compartirá mi información. En este caso, es mi responsabilidad contactar a cada agencia individualmente para proporcionar mi información y obtener servicios. También entiendo que, si cambio de proveedores, como un proveedor de servicios médicos o coordinador de servicios, es mi responsabilidad informar al Programa de Ayuda para Medicamentos de Virginia (VA MAP).
- Solicito a las terceras partes pagadoras responsables que abonen cualquier prestación autorizada a VDH o para VDH en mi nombre. Cooperaré con estos pagadores para resolver cualquier problema de pago si fuera necesario.
- Es mi derecho recibir servicios de calidad de manera respetuosa y culturalmente apropiada por parte de cualquier agencia cuyos servicios sean financiados a través del Programa Ryan White de VDH, incluidos los servicios del Programa de Ayuda para Medicamentos de Virginia (VA MAP) proporcionados directamente por el VDH. Asimismo, tengo derecho a presentar una queja contra la agencia(s) donde recibo mis servicios, incluido el VDH, si considero que no estoy recibiendo estos servicios de forma adecuada. Puedo presentar la queja directamente ante la agencia y comprendo que están obligados a enviar una copia de la misma a VDH. Las quejas contra VDH pueden enviarse directamente a esta agencia o a su proveedor de fondos federal.
- Tengo derecho a solicitar información a mis proveedores y a VDH sobre los servicios recibidos. Es posible que cada agencia tenga su propio proceso para solicitar esta información; en cualquier caso, entiendo que tengo derecho a solicitarla.
- Entiendo que debo enviar todos los documentos relacionados con mi cuidado y mi seguro médico al Programa Ryan White Parte B y a VA MAP. Esto incluye documentos legibles o escritos tales como reclamaciones, cheques del seguro, información sobre el seguro, prueba de elegibilidad y cualquier actualización de mi información personal o de elegibilidad. La dirección postal es Virginia Department of Health, HCS Unit, 1st Floor, James Madison Building, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219. El número de fax es 804-864-8050. Para cualquier pregunta, se puede llamar al 855-362-0658. Todos los cheques deben enviarse por correo. **Ayúdenos a proteger su información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) y su información personal identificable (PII, por sus siglas en inglés) y NO ENVÍE INFORMACIÓN PERSONAL POR CORREO ELECTRÓNICO.**

De acuerdo con la normativa de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), en la sección §164.508, es política del Departamento de Salud de Virginia (VDH) que el uso y la divulgación de mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) se realice únicamente con mi consentimiento por escrito. Al firmar este formulario, autorizo al VDH a divulgar la información necesaria para respaldar mi solicitud de pago a través de Medicare, Medicaid, otros beneficios de atención médica y otros servicios bajo el Programa Ryan White, Parte B. VDH se compromete a proteger mi información de salud protegida (PHI) al compartirla. VDH acuerda tratar toda la información médica como confidencial conforme a lo establecido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico en §164.530(c) [*Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*].

A solicitud mía, VDH me proporcionará información sobre cómo se utilizó o compartió mi información médica protegida (PHI) conforme a lo establecido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico conforme a lo establecido por la ley [Regla de Privacidad de HIPAA, §164.528 y §164.514(d)(3) [*Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*]]. VDH también me permitirá acceder y solicitar una copia de mi propia información médica protegida (PHI) mientras conserve dicha información. Esta autorización permanecerá vigente mientras yo o cualquiera de mis dependientes estemos inscritos en VA MAP, o hasta que retire la misma por escrito, como exige la ley [HIPAA, §164.508(b)(5)]. Para retirar esta autorización, envíe su solicitud por escrito a Ryan White, Part B, Program Privacy Officer (Oficial de Privacidad del Programa Ryan White), Parte B, HCS unit, 1st floor, 109 Governor Street, Richmond, Virginia, 23219.