

Consentimiento del cliente de HIV Care Connect (HCC) para la recopilación y autorización de divulgación de información personal y médica

La Oficina del SIDA (OA) es una división del Centro de Enfermedades Infecciosas del Departamento de Salud Pública de California, responsable de coordinar los programas, servicios y actividades de California relacionados con el VIH/SIDA. En este sentido, la OA mantiene un sistema de datos, HIV Care Connect ("HCC"), un sistema centralizado de gestión de clientes con VIH/SIDA que permite coordinar los servicios a los clientes entre los proveedores de atención médica, tratamiento y apoyo, y proporciona datos completos para la elaboración de informes y la supervisión de los programas. Cuando participe en el HCC, por lo general no tendrá que volver a registrarse ni aportar pruebas de diagnóstico varias veces cuando reciba servicios a través de diversos programas de atención del VIH que utilicen el HCC.

Al firmar este formulario, autoriza a la OA a recibir información sobre usted, los servicios que está recibiendo y los servicios para los que puede ser elegible en virtud de los programas de atención de VIH financiados por el estado y el gobierno federal (como el Programa Ryan White contra el VIH/SIDA (RWHAP), el Programa de oportunidades de vivienda para personas con SIDA (HOPWA) y el Programa de exención de Medi-Cal (MCWP)) (en conjunto, los "Programas de VIH") administrados por agencias estatales y federales, jurisdicciones sanitarias locales y organizaciones comunitarias. También autoriza a su proveedor a enviar información sobre usted a la OA en relación con la atención y el tratamiento que está recibiendo de un Programa de VIH.

La información que está autorizando a la OA a recopilar en HCC y consintiendo que la OA la comparta a través de HCC incluye su nombre, fecha de nacimiento, ingresos, datos demográficos, resultados de pruebas de VIH, diagnóstico, información médica, información sobre beneficios e información sobre los servicios que recibe, y a transferir los mismos datos desde otros sistemas de datos de la OA, incluyendo el Sistema de Inscripción del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA, a HCC.

Solo el personal autorizado de una agencia o proveedor de servicios 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). 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 a la OA y a las agencias y proveedores de servicios que le prestan servicios del Programa de VIH a utilizar su información en el HCC y da su consentimiento para que divulguen información sobre usted en el HCC para los siguientes fines:

- Entre sí para la coordinación de la atención y las prestaciones y para el seguimiento y la evaluación del Programa de VIH.
- Entre sí para cumplir los requisitos de información estatales y federales.

- Al 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.

Acepta que su consentimiento y autorización en este formulario permanecerán vigentes durante 3 años 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](mailto:CEMS@cdph.ca.gov) con CEMS@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.