



Formulario de Consentimiento Para el Condado de San Diego Cliente ARIES



Yo, _____ (*nombre completo con letra de molde*), deseo inscribirme con El Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (ARIES), para recibir servicios suministrados por la Agencia de Servicios Humanos y de Salud del Condado de San Diego y/o sus proveedores de servicios médicos. En mi inscripción se me pedirá que proporcione información personal, incluyendo mi nombre, raza, género, fecha de nacimiento, ingresos, 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 recuento de células CD4, carga viral, uso de medicamentos para el VIH, comportamientos de riesgo, general de condición física y médica, y historia médica.

Además de proporcionar información, se me puede pedir una carta original del diagnóstico firmado y fechado por mi médico o un examen de sangre que muestra que soy VIH positivo.

COMPARTIR: Al firmar a continuación, acepto compartir información sobre mi inscripción con todas las agencias que me proporcionen servicios que forman parte de ARIES. Los objetivos para compartir mi información en ARIES son para determinar mi necesidad y elegibilidad para los servicios, para inscribirme en los programas adecuados, y recibir atención médica, apropiadamente coordinada y tratamiento, incluyendo referencias apropiadas para otros servicios. Al declarar mi disposición de compartir mi información, generalmente no tendré que reinscribirme (en ARIES) ni proporcionar carta de diagnóstico cuando reciba servicios de una agencia que opere con fondos del Ryan White VIH/SIDA Programa o de CDPH/Oficina del SIDA. Los datos compartidos podrán incluir los servicios o tratamientos recibidos de determinada agencia. La información relacionada a mi salud mental, alcohol y consumo de sustancias, y las cuestiones jurídicas no será compartida.

Como condición para recibir los servicios, consiento que mi información ARIES puede ponerse a disposición de mi departamento de salud local, a los agentes fiscales que proporcionan los fondos que pagan por los servicios que recibo, y al CDPH / Oficina del SIDA para el cuidado de mandato y presentación de informes de tratamiento, seguimiento de los programas, el análisis estadístico, y las actividades de investigación. Estos datos incluyen, pero no se limita a, demográficos, financieros, médicos, servicios, salud mental, alcohol y consumo de sustancias, y la información jurídica.

Asimismo, como condición para recibir los servicios, consiento que mi departamento de salud local puede revelar a mis proveedores de atención médica y salud la información mínima de ARIES necesaria para ayudarlos a cumplir con las correspondientes leyes de VIH y otros reglamentos. La información relacionada a mi salud mental, alcohol y consumo de sustancias, y las cuestiones jurídicas no será compartida.

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 he hablado con la persona de la agencia señalada abajo sobre derechos de confidencialidad con respecto a ARIES. Entiendo que este documento será guardado en mi archivo de documentos. Este consentimiento es válido por tres (3) años a partir de la fecha en que firme este formulario.

Firma de Cliente o Padre/Tutor de Menor

Fecha

Para Uso de la Agencia Únicamente (For Local Agency Use Only)

Administrado Por (Administered By)	Nombre de la Agencia (Agency Name)
Firma (Signature)	Fecha (Date)

Este paciente no desea compartir su información porque (seleccione las opciones que sean necesarias):
(This client is a **NON-SHARE** client because [check all that apply]):

<input type="checkbox"/> No puedo dar consentimiento (Unable to give consent)	<input type="checkbox"/> Paciente familiar/afectado (Related/Affected Client)	<input type="checkbox"/> VIH negative (HIV-Negative)
--	--	---