

Patient Name: _____
MRN: _____ CSN: _____
D.O.B: _____ Admit Date: _____



RYAN WHITE & OPERATION BRAVE PROGRAMS
Formulario de consentimiento para e2SanAntonio

El que suscribe, _____ (Cliente/Tutor legal), reconozco que University Health (en lo sucesivo denominado "AGENCIA") es parte de una red de cuidado de salud que brinda uno o mas servicios a personas que viven con VIH y que son parte de los siguientes programas: Parte Adel programa Ryan White, Minority AIDS Initiative (MAI) del programa Ryan White, Ending the HIV Epidemic (EHE) de Operation BRAVE, prestación de servicios de la Parte B del programa Ryan White, servicios estatales, fondos estatales, Parte D del programa Ryan White o Housing Opportunities for Persons With AIDS (HOPWA) (en lo sucesivo denominados conjuntamente coma "Red") dentro del Area de prestación de servicios de San Antonio. Reconozco que el pago de las servicios prestados para las proveedores de servicios de la red de los programas Ryan White y Operation BRAVE de University Health depende de mi autorización a continuación.

Reconozco que la administración de los programas Ryan White y Operation BRAVE de University Health y sus proveedores de servicios de la red tienen la obligación de recopilar cierta información personal que se ingresa y se guarda en un sistema de base de datos llamado Electronic Comprehensive Outcomes Measurement Program for Accountability & Success (e2SanAntonio o eCOMPAS). Los registros de e2SanAntonio quedan almacenados en una base de datos encriptada, dentro de un servidor seguro bajo la custodia de RDE y la administración de los programas Ryan White y Operation BRAVE de University Health.

Doy mi consentimiento y mi autorización para que la AGENCIA ingrese mi información personal en e2SanAntonio, que incluye, entre otros: datos demograficos, numero de seguro social, información de contacto, información financiera/empleo, seguro, código de identificación de cliente asignado, estado de VIH/SIDA, datos clinico-medicos, anotaciones del caso, utilización de servicios de apoyo, evaluaciones del cliente y datos socioeconómicos.

Reconozco que todos los proveedores de servicios de la red, a través de los cuales recibo servicios de Ryan White y/u Operation BRAVE, tendrán acceso a toda mi información en el sistema de e2SanAntonio. Reconozco que esta información será compartida con cualquier otro proveedor de servicios de la red al que yo me postule para recibir los servicios de los programas Ryan White u Operation BRAVE que solicite la información a fin de informar y coordinar el tratamiento y los beneficios que yo reciba en virtud de los programas Ryan White u Operation BRAVE. Reconozco que los proveedores de servicios de la red necesitarán mi nombre y fecha de nacimiento exactos para buscar mi información en el sistema de e2SanAntonio y que la función de búsqueda tiene la intención de eliminar los obstáculos al acceso a los servicios, como la duplicación de solicitudes. Reconozco que si no me presento a las citas medicas y otras citas de apoyo programadas, un representante autorizado de la agencia arriba mencionada podrá ponerse en contacto conmigo para volver a vincularme con la atención. Doy mi consentimiento y mi autorización para que los proveedores de servicios de la red, a través de los cuales no recibo servicios de Ryan White u Operation BRAVE, busquen mi información en el sistema de e2SanAntonio con el propósito de localizar, iniciar contacto u ofrecer asistencia para



Patient Name: _____	
MRN: _____	CSN: _____
D.O.B: _____	Admit Date: _____



RYAN WHITE & OPERATION BRAVE PROGRAMS
Formulario de consentimiento para e2SanAntonio

vincularme o volver a vincularme con la atención y el tratamiento del VIH.

Doy mi consentimiento y mi autorización a la administración de los programas Ryan White y Operation BRAVE para permitir la divulgación y el intercambio de información ingresada en el programa de base de datos encriptada e2SanAntonio a cualquier proveedor de servicios de la red, la Health Resources and Services Administration (HRSA), el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS), su personal administrativo y de programas o consultores.

Doy mi consentimiento para que la administración de los programas de Ryan White y Operation BRAVE de University Health, la Health Resources and Services Administration (HRSA) y el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS) tengan acceso a todos y cada uno de los registros almacenados en el sistema y a cualquier otro registro en poder de cualquiera de los proveedores de servicios de la red para fines de supervisión, elaboración de informes, funcionamiento, pago y administración.

Esta Autorización seguirá siendo valida hasta que se revoque. Si revoco este formulario de Autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación por escrito a esta AGENCIA y a la administración de los programas Ryan White y Operation BRAVE de University Health. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información personal o de salud que se haya revelado antes de la revocación. Una revocación por escrito entrara en vigencia cinco (5) días despues de ser recibida por la AGENCIA y la administración de los programas Ryan White y Operation BRAVE de University Health. Entiendo que los servicios prestados despues de la fecha de revocación no seran pagados por los programas Ryan White ni Operation BRAVE.

Al firmar a continuación, acepto las condiciones estipuladas anteriormente. Declaro que la reproducción de esta Autorización firmada tiene la misma autenticidad que la original.

Si quien firma es el tutor legal, debera adjuntarse la documentación legal que acredite la identidad del representante y su autoridad para actuar en nombre de la persona. Si se trata de un menor de edad, el padre/madre debe adjuntar una copia del certificado de nacimiento a este formulario.

Nombre del cliente (en letra de imprenta):

Firma del paciente

Fecha

Tutor legal (en letra de imprenta)

Firma del padre/madre/tutor legal

Parentesco del tutor legal con el paciente

Fecha

Nombre del testigo (en letra de imprenta)

Firma del testigo

Fecha