



Formulario de Consentimiento Informado de ARTAS Administrador de Casos y Enlaces

Nombre de la Agencia: _____

El Programa de VIH/ SIDA del Departamento Salud Pública de Georgia quisiera invitarlos a ser parte de la Intervención de tratamiento antirretroviral y acceso a servicios, conocido como ARTAS. ARTAS es una intervención financiada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. El objetivo es enlazar a las personas que son VIH-positivas con cuidados médicos para el VIH. Muchas personas tienen problemas cuando tratan de acceder cuidados médicos. Algunas personas nunca han recibido cuidados médicos para el VIH o dejan de recibir cuidado en algún momento. ARTAS ayudará a las personas con VIH a enlazarse con los cuidados médicos que necesitan. La siguiente información puede ayudarle a tomar la decisión de trabajar con ARTAS.

Descripción de actividades: Estos programas ayudarán a las personas con VIH a enlazarse con cuidados médicos. El objetivo de este programa es conectar a personas con cuidados médicos para el VIH, o si han dejado de recibir el cuidado, conseguir que vuelvan a conectarse con un proveedor de salud. Usted sería inscrito en el programa que es mejor para usted. Una vez inscrito, el personal de ARTAS se pondrá en contacto con usted para ayudarle a conseguir cuidados médicos. El administrador de casos y enlaces le ayudará a resolver cualquier problema que tenga antes de recibir cuidados médicos. En estos casos, se harán referidos para los cuidados no médicos como la vivienda, la asistencia alimentaria, cuidado de niños, y transporte.

Administración de Casos y Enlace: El administrador de casos y enlaces trabaja con personas VIH-positivas para conseguir que reciban cuidado médico. Un administrador de casos y enlace puede ayudar a identificar y resolver los problemas que pueden impedir que accedan cuidado médico y puede usar recursos de la comunidad para ayudar a los clientes a alcanzar sus objetivos de recibir servicios como persona VIH-positiva. La asistencia de casos continuará durante 3 meses, o hasta que el cliente reciba cuidado médico.

El Departamento de Salud intenta ponerse en contacto con todas las personas con VIH para asegurarse de que conozcan su diagnóstico, dónde obtener atención médica, y ayudar a sus parejas a que se hagan la prueba. Esto es requerido por ley y sucedería si usted está inscrito con este proveedor o no. Por lo tanto, si usted es diagnosticado con el VIH o una ETS, el Departamento de Salud puede contactarlo aunque decida no participar.

Cada asociado del programa (agencia / organización) deberá compartir la información sobre los pacientes. Este consentimiento informado permite el intercambio de información entre las agencias para la coordinación de los servicios y referidos para asegurar que está recibiendo toda la atención y los servicios que necesita. Usted, el cliente, tiene que dar su consentimiento para que esta información sea compartida.

Un formulario de consentimiento por separado que acompaña a este documento permitirá que las agencias compartan información acerca de si ha estado en cuidado

médico y si ha tomado medicamentos para combatir el VIH. Usted tiene el **derecho de permitir o rechazar** el intercambio de esta información. Un formulario de consentimiento distinto será formado en el momento de cada solicitud realizada.

El personal de ARTAS se mantendrá en contacto con usted para asegurarse de que reciba la atención médica y los servicios de apoyo que usted quiere y necesita. Es importante que tengamos información precisa y reciente sobre usted. Se le pedirá que provea información de contactos alternos/ de emergencia en caso de que no pueda ser localizado. Si no podemos comunicarnos con usted y tratamos de comunicarnos con sus contactos alternos/ de emergencia, **toda su información personal se mantendrá confidencial y no será compartida con ellos.**

Recopilación de Datos y Confidencialidad: Toda la información coleccionada será confidencial. Cada socio del programa (agencia / organización) que colecte datos firmara un acuerdo de confidencialidad antes de comenzar. Su información personal no será publicada o compartida. **Cuando se utilice para informes, información como su nombre o dirección no será parte de los datos. Los resultados no contendrán ninguna información personal, como nombre, fecha de nacimiento, o dirección.**

Transmisión de Datos: Los datos coleccionados se enviarán a través de una **base de datos segura** al Departamento de Salud para obtener información sobre los programas que está recibiendo. Una base de datos segura es aquella que tiene protección especial y barreras que hacen que la información sólo sea vista por las personas autorizadas. Todos los datos se almacenan en un sistema protegido y la información como su nombre o dirección serán reportados fuera de este sistema.

Beneficios de Participación: Usted puede beneficiarse de ARTAS al obtener ayuda con servicios de apoyo médico y de otros tipos que pueden ayudarle al ser VIH positivo. También puede ser referido a otros servicios que le pueden ayudar con el mantenimiento de una vida sana y feliz como una persona VIH positiva.

Riesgo para Participantes: Se le pedirá que hable sobre su estado de VIH y las razones por cual no está recibiendo atención médica. Si alguna pregunta es incómoda, usted no la tiene que responder o discutir. Si tiene cualquier pregunta o preocupación sobre trabajar con un administrador de casos y enlaces de ARTAS, puede ponerse en contacto con el Coordinador de Vinculación del Departamento de Salud Pública de Georgia al 404-657-3100.

Alternativas a la Participación: Si usted decide no participar, su decisión no afectará ninguno de los servicios que usted puede estar recibiendo ahora o en el futuro de cualquiera de los socios / agencias / organizaciones de ARTAS.

Derecho de negarse a participar o retirarse: Su participación es voluntaria. Usted puede optar por retirarse en cualquier momento. Su decisión de no participar no afectará ninguno de los servicios que usted puede estar recibiendo ahora o en el futuro de cualquiera de los socios / agencias / organizaciones de ARTAS.

Derechos de Privacidad: Sus datos serán compartidos con el Programa de VIH/ SIDA del Departamento Salud Pública de Georgia. Sin embargo, su información de salud protegida estará protegida por las normas establecidas en el Acto de Portabilidad del Seguro Médico y Rendición de Cuentas. Ni su nombre, ni ninguna información personal

serán utilizados en cualquier material publicado. Toda la información personal, como nombre y dirección se eliminara antes del análisis de datos o la generación de informes.

Aseguramiento y Firmas: Usted ha discutido este programa y le han respondido sus preguntas. Si usted tiene alguna otra pregunta en cualquier momento, puede comunicarse con el Coordinador de Vinculación del Departamento de Salud Pública de Georgia al 404-657-3100.

Al firmar este formulario, usted consiente que ha leído, está de acuerdo, y entiende la información de este formulario de consentimiento, y se le ha dado una copia para sus propios registros.

Nombre del Cliente (Letra de Molde) Fecha

Nombre del Testigo (Letra de Molde) Fecha

Firma del Cliente Fecha

Firma del Testigo Fecha

Firma del Lector Fecha

Atestación del Lector:

El cliente me ha informado que él / ella no puede leer. Por lo presente certifico que le he leído este formulario de consentimiento al participante y le he explicado que al firmar arriba, él / ella está de acuerdo en participar.