



## ANTECEDENTES

Community Research Initiative of New England Inc., bajo la razón social CRI (denominada CRI), administra el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el VIH de Massachusetts (HDAP) para el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (MDPH). A fin de administrar el programa de manera eficaz, CRI recopila información sobre los clientes, que se guarda en una base de datos segura para mantener la confidencialidad.

## CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Con el fin de determinar mi elegibilidad para inscribirme en el HDAP, y administrar mis beneficios contemplados en dicho programa, entiendo que CRI puede necesitar recopilar y utilizar cierta información sobre mí. Además, es posible que CRI necesite hablar sobre mi atención médica con otras personas, tal como se describe en este formulario. Al firmar este formulario, autorizo al personal de CRI a recopilar, utilizar y compartir mi información según sea necesario para la administración del programa HDAP.

CRI compartirá esta información en condiciones de confidencialidad y solo divulgará a terceros la información de mi persona que sea necesaria para la administración del programa. Dicha información puede incluir información médica como los resultados de laboratorio de VIH, diagnóstico de VIH/SIDA o tratamiento de VIH, y otros datos identificativos como mi nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento. Autorizo al personal de CRI a compartir mi información con las siguientes partes::

- Proveedores o subcontratistas autorizados según sea necesario para operar el programa.
- Mi farmacéutico/farmacia.
- Mi proveedor de atención médica/centro clínico (actual y/o anterior).
- Mi gerente de casos u organización proveedora de gerentes de casos (actual y/o pasado).
- Cualquier otra persona que en la solicitud específicamente autorice que CRI la contacte.
- Auditores que revisen los expedientes de solicitud según sea necesario para la supervisión fiscal o del programa.
- Organismos gubernamentales federales y estatales según lo exijan las leyes y reglamentos estatales y federales, entre los que figuran el Departamento de Salud Pública de Massachusetts, la Administración de Servicios de Recursos de Salud de los Estados Unidos (HRSA) y los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- Compañías de seguros públicas o privadas (incluidos terceros pagadores/administradores).

Si solicito cobertura patrocinada por el empleador a través del programa Comprehensive Health Insurance Initiative (CHII), el personal de CRI se comunicará con mi empleador para confirmar que están dispuestos a aceptar el pago del programa y para obtener los detalles necesarios para realizar los pagos.

CRI solo recopilará, utilizará y compartirá mi información tal como se describe en este formulario. Por ejemplo, CRI no compartirá mi información con funcionarios de inmigración ni con ninguna otra agencia gubernamental no autorizada, ni con personas tales como mi arrendador, familia, amigos, vecinos o cualquier otra persona sin mi consentimiento, o según lo exija la ley.

Mi permiso para recopilar, utilizar y compartir mi información como se describe en este formulario

expirará en el momento en que deje de participar en el programa HDAP. Entiendo que autorizar la recopilación, el uso y el intercambio de mi información es voluntario y puedo negarme a firmar este formulario. Sin embargo, si no lo firmo, no podré recibir asistencia del programa HDAP. Si lo firmo y más tarde cambio de opinión, tengo derecho a retirar mi consentimiento o cancelar mi inscripción en el HDAP en cualquier momento enviando una notificación por escrito al HDAP a 529 Main Street, Suite 301, Boston MA 02129. Al retirar mi permiso para utilizar y compartir mi información como se describe en este formulario, también daré por finalizada mi inscripción en el HDAP.

#### DECLARACIÓN DEL CLIENTE

Entiendo que si deliberadamente falseo información en esta solicitud, se me puede exigir que devuelva los beneficios que se me proporcionaron o que se me cancele la inscripción en HDAP/CHII y puedo estar sujeto a sanciones conforme a las leyes estatales y federales. Al firmar el presente formulario, doy fe específicamente de lo siguiente:

- Entiendo que es mi responsabilidad volver a presentarme ("recertificar") ante el HDAP/CHII según lo requieren esos programas, y entiendo que si no presento una solicitud de recertificación completa, se darán por finalizados mis beneficios de HDAP/CHII, incluidos los pagos de seguro de CHII si estoy inscrito en dicho programa.
- Entiendo que HDAP/CHII puede exigir que devuelva cualquier pago hecho en mi nombre si se considera que no reúno los requisitos. Esto incluye, entre otros, las primas de seguro médico reembolsadas directamente a mí en ciertas circunstancias. Entiendo que el incumplimiento de esta norma puede dar lugar a la cancelación de mi inscripción en el HDAP/CHII.
- Me comprometo a notificar al HDAP lo antes posible si cambia alguna información proporcionada en esta solicitud. Esto incluye los cambios en mi situación laboral, ingresos, dirección residencial y/o postal, acceso a la cobertura de seguro/categoría de MassHealth y/o información de farmacia, entre otros.
- La información que presento en mi solicitud y en los anexos es correcta a mi leal saber y entender.

Si tengo preguntas con respecto a este formulario, puedo comunicarme con el personal del HDAP al 617-502-1700.

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, declaro que he leído la información facilitada en este formulario, incluido el procedimiento de quejas de HDAP/CHII, y la solicitud de HDAP y las instrucciones. Entiendo las condiciones de participación en el HDAP. Autorizo que se recopile, utilice y comparta mi información tal como se describe en este formulario. Entiendo que puedo solicitar una copia firmada de este formulario para mi registro en cualquier momento.

Nombre complete: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_