



**SERVICIOS DE CONSEJERÍA DE VIH Y ETS, PRUEBAS, REMISIÓN Y TRATAMIENTO
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD DE ACCESO AL PORTAL DEL PACIENTE
(Personas de 18 años de edad o más)**

La información autoidentificatoria y de contacto solicitada a continuación es necesaria para que podamos comunicarnos con usted si resultan necesarios atención de seguimiento y tratamiento. **ES MUY IMPORTANTE QUE USTED PROPORCIONE INFORMACIÓN PRECISA.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto voluntariamente recibir servicios de consejería de VIH y ETS, pruebas, remisión y tratamiento prestados por WWH y autorizo al personal y voluntarios de WWH a proporcionar dicha atención o tratamiento, según sea necesario y aconsejable en mi caso. Entiendo que debo participar en la planificación de mi atención y que tengo derecho a rechazar intervenciones, tratamiento, atención, servicios o medicamentos en cualquier momento en la medida en que la ley lo permita.

Sé que la atención que recibiré puede incluir pruebas, inyecciones y medicamentos, los cuales presentan riesgo mínimo y se basan en criterios médicos establecidos. Se me ha informado que, si se me realiza una prueba de VIH y el resultado de mi Prueba Rápida inicial es reactivo (positivo preliminar), se podría realizar una prueba Multispot y/o PCR para confirmar mi estado, y que los resultados de las pruebas figurarán en mi registro. Comprendo que WWH ofrecerá ayudarme con cualquier tratamiento médico o apoyo emocional que pueda necesitar según los resultados de mis pruebas.

Sé que WWH suele tener estudiantes/residentes que están recibiendo capacitación para ser médicos, enfermeros, terapeutas y otros proveedores médicos que pueden ayudar a brindarme atención. Estos estudiantes están bajo la supervisión de los proveedores habilitados. Finalmente, comprendo que algunos servicios pueden requerir que firme otro Consentimiento Informado para Tratamiento.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

WWH considera confidencial mi información médica protegida, y no la compartirá con nadie fuera de WWH sin mi consentimiento, a no ser que la ley lo permita o lo exija. Se me ha informado, por ejemplo, que si se me diagnostica VIH o cualquier enfermedad de transmisión sexual, se informarán a las autoridades de salud pública mi nombre y otros datos acerca de mi persona, como lo exige la ley.

Se me ha entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad, he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el Aviso, y estoy satisfecho(a) con las protecciones que me ofrece.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Sé que WWH participa en ciertos intercambios de información médica con otros hospitales y centros de salud ubicados en el área metropolitana, incluyendo el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP, por su sigla en inglés) y el Intercambio de Información Médica Capital Partners in Care (CPC-HIE, por su sigla en inglés). Comprendo que mi información médica será compartida con estos intercambios. Entiendo que esa información sobre mí se está compartiendo con proveedores y autoridades de salud pública fuera del centro de salud para fines de tratamiento, para coordinar mejor mi atención y para ayudar a los proveedores y autoridades de salud pública a tomar decisiones más informadas. Se me ha informado que tengo derecho a pedir mi exclusión de los intercambios de información médica en cualquier momento solicitando, completando y presentando una copia del formulario de exclusión de WWH.

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Entiendo que WWH puede tener que comunicarse conmigo por correo electrónico o mensajes de texto/SMS con relación a aspectos de mi atención médica, incluyendo resultados de pruebas. Sé que las comunicaciones electrónicas no encriptadas no son confidenciales y que pueden ser interceptadas por terceros o transmitidas a partes no previstas. Acepto que se realicen dichas comunicaciones electrónicas no encriptadas, cuando resulte necesario, con el entendimiento de que WWH limitará lo más posible la información sobre mí que se incluya en cualquier comunicación electrónica.

Al firmar mi nombre a continuación, reconozco que he leído y que comprendo plenamente cada uno de los distintos párrafos anteriores. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que pudiera tener al personal o voluntarios de WWH. Este consentimiento perdura mientras continúe el tratamiento, a no ser que ejerza mi derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Nombre completo en letra de molde: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación/parentesco con el paciente (si no es el paciente, por ejemplo, tutor o representante personal)

SOLICITUD OPCIONAL PARA ACCEDER AL PORTAL DEL PACIENTE PARA PRUEBA DE ETS (STD, por sus siglas en inglés)

Deseo que se realice mi registro para tener acceso al Portal del Paciente de WWH para poder acceder a los resultados de mi(s) prueba(s). Comprendo que debo presentar prueba de identidad antes de acceder al Portal del Paciente de WWH y que es muy importante que proporcione una dirección de correo electrónico precisa (y que notifique a WWH de cualquier cambio en mi dirección de correo electrónico) para que pueda obtener acceso a los resultados de mi(s) prueba(s) y otra información que podría contener mi registro médico electrónico a través del Portal del Paciente.

Firma: _____

Dirección de correo electrónico: _____