



ORIENTACIÓN DE SERVICIOS Y CONSENTIMIENTO A INTERVENCIÓN DE MANEJO DE CASOS CLÍNICO

Yo _____, núm. de expediente _____, certifico hoy ____/____/____, que:

HE SIDO ORIENTADO/A SOBRE:

- La Política de Confidencialidad de la Ley HIPAA.
- Los servicios que me pueden ofrecer en el CPTET.
- Los servicios que me pueden ofrecer como parte de manejo de caso y del Programa Ryan White Parte B, incluyendo al Programa ADAP y la Unidad de Servicios Complementarios de VIH.
- Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas
- Orientación sobre los derechos y responsabilidades como paciente. Ley Núm.194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada de la Oficina del Procurador del Paciente.
- Carta de Derechos de las personas viviendo con VIH en cualquiera de sus etapas en Puerto Rico. Ley Núm. 248 del 1 de diciembre de 2018.

CONSIENTO EN ACEPTAR LA INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE MANEJO DE CASOS COMO PARTE DE LOS SERVICIOS QUE OFRECE EL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B:

- Observando siempre un comportamiento respetuoso y considerado hacia el personal del CPTET y hacia los/as otros/as pacientes.
- Siendo puntual con mis citas.
- Llamando para excusarme y reprogramar las citas cuando no pueda asistir a las mismas.

Firma del Paciente

Firma del Manejador de Caso Clínico

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA

Yo, _____, Manejador de Caso Clínico, certifico con mi firma que, vía llamada telefónica, el paciente ha sido orientado y ha brindado su expreso consentimiento para los servicios estipulados.

Iniciales del Manejador de Caso Clínico: _____