



CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE MANEJO DE CASOS REALIZADO PERINATAL

Yo, *(nombre del cliente)* _____, doy mi consentimiento para participar en el Programa de Manejo de Casos Realizados Perinatales ("Programa") que es parte de la Iniciativa de Prevención del SIDA en Pediatría en Chicago (PACPI).

Descripción del Programa

PACPI is una organización sin ánimo de lucro y nuestro "Programa" le ofrece servicios a mujeres embarazadas con la infección del VIH y sus familiares sin importar su capacidad para pagar.

Esperanzas del Programa

Durante mi participación en el programa, mi manejadora de casos y yo nos pondremos de acuerdo sobre cuáles son mi necesidades médicas y sociales y esas necesidades serán tratadas a través de referidos a la agencia o al sistema de servicios apropiados. Durante my participación en el programa, mis necesidades serán evaluadas regularmente para determinar cambios en el plan de servicios.

Como cliente de PACPI , yo entiendo que mi manejadora de casos estará reuniendo información de mí para propositos programaticos como para, reportar informes requisitos, asegur de la calidad de servicios, e evaluación. Esto puede incluir una petición para accesar información médica, incluyendo pero no limitado a visitas prenatales, reisos de VIH, carga viral, medicación de VIH, y resultados del parto.

Yo estoy de acuerdo en notificar a mi manejadora de casos sobre cualquier cambio significativo en mi estado (físico, mental, social, económico y otros) o si tengo la intención de cambiar mi participación en el plan de cuidados desarrollado por mi en conección con mi participación en el "Programa"

Yo continuaré participando en el programa y recibiendo los servicios de manejo de casos ofrecidos por PACPI, a menos que yo escoja, en cualquier momento, rechazar los servicios o si soy dada de alta de mi participación en el programa por una o más de las siguientes razones:

1. Negar de firmar el consentimiento para intercambiar información para determinar mi elegibilidad en el "Programa" y para reportar informacion necesaria a la entidades gubernamentales que proveen los fondos;

2. No actuar en conformidad con mi plan de servicios (por ejemplo, no comunicarme con mi manejadora de casos asignada por tres meses o más);
3. Amenazar a algún empleado de PACPI o a otros con la probabilidad de que voy a hacer efectivas mis amenazas; o
4. La existencia de problemas de seguridad ambiental que amenazan mi bienestar y el de mi manejadora de casos.

Si alguna de estas razones ocurre, yo entiendo que los servicios de manejo de casos de PACPI me pueden ser prohibidos o limitados.

En conexión con mi inscripción en el "Programa", yo le doy a PACPI y sus representantes acceso a mi información que se encuentra en el Banco Central de Datos de la Fundación de SIDA de Chicago para lo siguiente:

- Escribir reportes y estadísticas que no identifican a individuos
- Supervisión de programa, evaluación de necesidades, evaluación de programa, y investigación, con la eliminación de identificación directas y con entendimiento de proteger la confidencialidad de la información

Finalmente, entiendo que puedo revocar este consentimiento o cualquier parte sin que afecte mi cuidado médico.

Firma del cliente

Nombre

Fecha