



## Formulario de Consentimiento del Cliente Aries Para la Ciudad y Condado de San Francisco

Yo, \_\_\_\_\_ (*nombre completo con letra de molde*), deseo inscribirme con El Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (ARIES), para recibir servicios suministrados por el Departamento de Salud Pública de San Francisco y/o sus proveedores de servicios médicos. En mi inscripción se me pedirá que proporcione información personal, incluyendo mi nombre, raza, género, fecha de nacimiento, ingresos, y otros datos demográficos. De acuerdo con la agencia o el programa con el cual me registro, es posible que se me hagan más preguntas sobre mi recuento de células CD4, carga viral, uso de medicamentos para el VIH, comportamientos de riesgo, general de condición física y médica, e historia médica.

Además de proporcionar información, se me puede pedir la documentación sobre el estado de VIH positivo.

**COMPARTIR:** Al firmar a continuación, acepto compartir información sobre mi inscripción con todas las agencias que me proporcionen servicios que forman parte de ARIES. Los objetivos para compartir mi información en ARIES son para determinar mi necesidad y elegibilidad para los servicios, para inscribirme en los programas adecuados, y recibir atención médica coordinada y tratamiento, incluyendo referencias apropiadas para otros servicios. Al declarar mi disposición de compartir mi información, generalmente no tendré que reinscribirse (en ARIES) ni proporcionar la documentación adicional sobre el estado de VIH positivo cuando reciba servicios de una agencia que opere con fondos del Programa Ryan White VIH/SIDA o de CDPH/Oficina del SIDA. Los datos compartidos podrán incluir los servicios o tratamientos recibidos de determinada agencia. La información relacionada a mi salud mental, consumo de alcohol y otras sustancias, y las cuestiones jurídicas no será compartida.

Como condición para recibir los servicios, consiento que mi información ARIES puede ponerse a disposición de mi departamento de salud local, a los agentes fiscales que proporcionan los fondos que pagan por los servicios que recibo, y al CDPH/Oficina del SIDA para el cuidado de mandato y presentación de informes de tratamiento, seguimiento de los programas, el análisis estadístico y las actividades de investigación. Estos datos incluyen (pero no se limitan a) información demográfica, financiera, médica, de servicios, salud mental, de consumo de alcohol y otras sustancias y cuestiones jurídicas.

Asimismo, como condición para recibir los servicios, consiento que mi departamento de salud local puede revelar a mis proveedores de atención médica y salud la información mínima de ARIES necesaria para ayudarlos a cumplir con las correspondientes leyes de VIH y otros reglamentos. La información relacionada a mi salud mental, consumo de alcohol y otras sustancias, y las cuestiones jurídicas no será compartida.

Mi inscripción en ARIES no garantiza servicios de ninguna otra agencia. Las listas de espera u otros requisitos de participación podrían excluirme de servicios de otras agencias ARIES.

Al firmar este documento, reconozco que he hablado con la persona de la agencia señalada abajo sobre derechos de confidencialidad con respecto a ARIES. Entiendo que este documento será guardado en mi archivo de documentos. Este consentimiento es válido por tres (3) años a partir de la fecha en que firme este formulario.

Firma de cliente o tutor de menor*	Fecha
------------------------------------	-------

<b>Para Uso de la Agencia Únicamente (For Local Agency Use Only)</b>		
Administrado Por (Administered By)	Nombre de la Agencia (Agency Name)	
Firma (Signature)	Fecha (Date)	
Este paciente <b>NO DESEA COMPARTIR SU INFORMACIÓN</b> porque (seleccione las opciones que sean necesarias): (This client is a <b>NON-SHARE</b> client because [check all that apply]):		
<input type="checkbox"/> No puedo dar consentimiento (Unable to give consent)	<input type="checkbox"/> Paciente familiar/afectado (Related/Affected Client)	<input type="checkbox"/> VIH negativo (HIV-Negative)

\*Según la sección 6926 del Código de Familia de California, "Un menor de edad de 12 años o más que haya tenido contacto con una enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible puede dar su consentimiento para recibir atención médica relacionada con el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad si, de conformidad con la ley o la reglamentación adoptada de conformidad con la ley, la enfermedad o afección debe ser reportada al funcionario de salud local, o si está relacionada con una enfermedad de transmisión sexual, que el funcionario de salud pública estatal determine".



## Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA



### ¿Qué es ARIES y qué hará por mí?

El Sistema Regional de Información y Evaluación del SIDA (AIDS Regional Information & Evaluation System, ARIES) es un sistema de gestión de clientes diseñado para los proveedores de la Ley Ryan White de Recursos globales de emergencia contra el SIDA (Comprehensive AIDS Resources Emergency, CARE), que mejorará los servicios a clientes con VIH al ayudar a los proveedores a automatizar, planificar, gestionar y dar informes sobre los servicios de los clientes. ARIES mejorará la calidad de atención que se *le brinda*.

ARIES le ayuda a obtener servicios con mayor facilidad al disminuir el papeleo para el registro en ARIES, y ayuda a las agencias a coordinar mejor los servicios que usted recibe. Con ARIES, usted puede registrarse **una** vez y compartir esta información con otras agencias que usan ARIES. Compartir la información significa que no tendrá que llenar los mismos formularios de registro de ARIES más de una vez ni llevar su documentación sobre el estado de VIH positivo a cada agencia. ¡ARIES le ahorra tiempo!

### ¿Mi información está segura?

¡SÍ! ARIES es extremadamente seguro y toda la información en ARIES es completamente confidencial. El sistema protege su registro para que solo una agencia autorizada tenga acceso a él. El personal autorizado dentro de esa agencia tiene el derecho de ver solo la información que necesita saber. La información relacionada con la salud mental, el abuso de sustancias o los problemas legales solo está disponible para un grupo muy limitado. Además, la encriptación (los datos se codifican y son irreconocibles) evita que cualquiera, con excepción del destinatario designado, pueda leer los datos.