

Autorización para la divulgación de información del CAREWare de Wisconsin y la red de elegibilidad compartida

Wisconsin CAREWare and Shared Eligibility Network Release of Information

Instrucciones

Lea el formulario completo antes de llenarlo y firmarlo a continuación. Este formulario incluye información sobre la obligación de informar a todos los clientes que reciben servicios de atención del VIH en Wisconsin y le pregunta si da su consentimiento para que su información se comparta con otros proveedores de atención del VIH en Wisconsin a través de la red de elegibilidad compartida para la atención del VIH (HIV Care Shared Eligibility Network). Una vez que haya llenado este formulario, su proveedor de servicios de atención del VIH lo enviará al Department of Health Services (DHS) de Wisconsin. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el programa Ryan White del DHS en DHSRWFeedback@dhs.wisconsin.gov.

Sección 1: Obligación de informar

CAREWare de Wisconsin es el sistema utilizado por los proveedores de atención del VIH en Wisconsin para ingresar y acceder a la información de los clientes con fines de elaboración de informes. Este consentimiento permitirá a los proveedores de atención al VIH incluir el siguiente sistema CAREWare requerido para informar a sus financiadores:

- Criterios de elegibilidad para los servicios de atención vital y de intervención temprana (LCEIS, siglas en inglés) de Ryan White y Mike Johnson, como ingresos, residencia, seguro, tamaño del hogar y estado serológico respecto al VIH.
- El tipo y número de servicios proporcionados por Ryan White y LCEIS.
- Información demográfica que incluye, pero no se limita a, raza, género, factores de riesgo para el VIH o situación de vivienda.
- Datos clínicos como los valores de los informes de laboratorio sobre el VIH y los medicamentos de terapia antirretroviral (TAR).
- Notas del caso que detallan información adicional relacionada con los servicios recibidos.

Entiendo que mi proveedor debe informar sobre mis servicios al DHS y al U.S. Department of Health and Human Services como condición para recibir financiación para la prestación de dichos servicios. Entiendo que mis datos se ingresarán en CAREWare y se informarán al DHS y al U.S. Department of Health and Human Services.

Sección 2: Red de elegibilidad compartida para la atención del VIH

CAREWare también se puede utilizar para compartir entre los proveedores la información sobre la elegibilidad de los pacientes para recibir servicios de atención del VIH. Entiendo que la información ingresada en CAREWare **puede** ser consultada por los proveedores de atención del VIH en Wisconsin que atienden a los mismos clientes, lo que significa que otro proveedor de atención del VIH en Wisconsin podría ver información sobre mí y determinar los servicios que recibo. Aunque los datos ingresados por un proveedor pueden ser vistos por otros proveedores de Ryan White, no pueden modificarse una vez ingresados.

Entiendo que puedo optar por no dar mi consentimiento para compartir mis datos entre proveedores en CAREWare. Si decido no dar mi consentimiento, entiendo que no afectará mi capacidad para recibir los servicios a los que tengo derecho. Si decido no participar en la red de elegibilidad compartida, mis datos se

ingresarán en CAREWare para fines informativos y se comunicarán al DHS y al U.S. Department of Health and Human Services, pero mi información no se compartirá con otros proveedores de la red de elegibilidad compartida. Entiendo que si doy mi consentimiento ahora y decido no dar mi consentimiento más adelante, eso no me impedirá recibir los servicios para los que tenga derecho en el futuro.

Yo, _____, he leído y comprendido las pautas de consentimiento relativas a los informes de CAREWare y a la red de elegibilidad compartida mencionadas anteriormente.

☐ **Doy mi consentimiento** para que mi información se comparta dentro de la red de elegibilidad compartida del CAREWare de Wisconsin.

☐ **No doy mi consentimiento** para que mi información se comparta dentro de la red de elegibilidad compartida del CAREWare de Wisconsin.

Firma: Cliente: _____

Nombre: Cliente (en letra de molde): _____ Fecha de la firma: _____