

**Contenido:**

<b>I. Preguntas acerca del ingreso médico (requerido para los programas de asistencia médica y consultoría)</b>	<a href="#"><u>2-5</u></a>
<b>II. Preguntas sobre la gestión de casos médicos, el servicio de consultoría y el acatamiento del tratamiento</b> (requerido para Gestión de Casos, Consultoría o Cumplimiento de los Tratamientos) Las respuestas a las preguntas de este formulario nos permitirán incluir sus datos en las planillas Ryan White a las que se hace referencia en la Sección VI a fin de poder disponer de dicha información en el momento de su cita.	<a href="#"><u>6-18</u></a>
<b>III. Preguntas/Planillas de South Florida AIDS Network (requerido para los programas financiados por General Revenue)</b>	<a href="#"><u>19-20</u></a>
<b>IV. Orientación acerca de los servicios (requerida)</b>	<a href="#"><u>21-29</u></a>
<b>V. Firmas de consentimiento y afirmaciones (requeridas)</b>	<a href="#"><u>29-31</u></a>
<b>VI. Planillas e información sobre Testamento en Vida y Substituto para las Decisiones de Cuidados de Salud (opcional)</b>	<a href="#"><u>31-35</u></a>
<b>V. Directivas Anticipadas sobre Salud Mental (opcional)</b>	<a href="#"><u>36-39</u></a>
<b>VI. Planillas Ryan White Parte A para ser agregadas por su Gerente de Casos (Requeridas para los programas financiados Ryan White)</b>	
<b>A. Prácticas privadas</b>	
<b>B. Consentimiento compuesto para la inscripción</b>	
<b>C. Consentimiento para la Divulgación e Intercambio de Información del Sistema de Entrega de Servicios e Información</b>	
<b>D. Evaluación de la Gestión de Casos Médicos</b>	
<b>E. Evaluación financiera</b>	
<b>F. Plan de servicios</b>	
<b>G. Referencias certificadas</b>	
<b>H. Constancia de ingresos</b>	
<b>I. Constancia de residencia</b>	
<b>J. Constancia de VIH</b>	
<b>VII. State of Florida AIDS Drug Assistance Program a ser agregado por su Gerente de Caso (Requerido para los medicamentos financiados por el Programa ADAP del estado de La Florida)</b>	
<b>A. Solicitudes</b>	
<b>B. Divulgaciones</b>	
<b>C. Consentimientos</b>	
<b>D. Laboratorios</b>	
<b>E. Recetas médicas</b>	
<b>F. Constancia de ingresos</b>	
<b>G. Constancia de residencia</b>	
<b>H. Constancia de VIH</b>	

INFORMACION SOBRE EL INGRESO										
Fecha inicial:			Actualización:				Número del paciente:			
Razón de la consulta Tratamiento de enfermedad VIH:			Dirección del hogar:		Apt. No.	Ciudad	Estado	Código Postal		
Teléfono de casa:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado		Femenino Jefe de familia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
# de Seguro Social		Nombre del empleador:		Dirección del empleador		O médicamente incapacitado para trabajar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Teléfono del empleador:		# de Medicaid		# de Medicare:	Seguro privado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del seguro privado:		# de ID	
Ingreso anual bruto		Tamaño de la familia:		Proveedor de cuidados disponible: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Condición Desamparado:				
Abuso de sustancia activo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Enfermedad física activa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Servicio militar anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Rama:	Licencia honrosa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto en caso de emergencia:	Nombre:			Parentesco:	Teléfono:		Dirección:			
GRUPO DE RIESGO										
VIH Positivo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Prueba:		Fecha:		Actividad sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Homosexual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Bisexual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Heterosexual: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Edad de la primera relación sexual:		Número de contactos sexuales:		Usa fármaco por vía intravenosa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo:		Fechas:
Productos sanguíneos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo:		Fecha:		Dónde:		Diagnóstico de tuberculosis: <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		Tratamiento:
Embarazo: Inicio:		Fin:								
FACTORES DE RIESGO DE VIH										
1. Sexo con hombre: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2. Sexo con mujer: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		3. Inyección de fármacos sin receta médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		4. Sexo durante el uso de fármacos sin receta médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		5. Sexo a cambio de drogas o dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Relación heterosexual: Con		6. Usuario de droga inyectada/Intravenosa								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		7. Bisexual								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		8. Persona con Hemofilia/Trastornos de coagulación								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		9. Receptor de transfusión con infección por VIH								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		10. Persona con infección por VIH? SIDA. Riesgo no especificado.								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		11. Persona en la que predomina la transmisión heterosexual								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		12. Especifique el país:								
		13. Recibió Factor de Coagulación, Especifique:								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		14. Recibió transfusión o componentes DISTINTOS AL FACTOR DE COAGULACIÓN:								
		15. Primera transfusión: Última transfusión:								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. Recibió trasplante o inseminación artificial								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
17. Ha trabajado en el área de cuidados de salud o en algún laboratorio clínico.								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
18. Abuso o asalto sexual								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
19. Madre con infección VIH o riesgo de contraerla (menor de 13)								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
20. OTROS RIESGOS Sírvase especificar:										
# LICENCIA PARA CONDUCIR		ESTADO		DR. QUE LO REFIERE		DOLENCIA PRINCIPAL		FECHA DE LA LESIÓN		

NUTRICIÓN				
Número de comidas ingeridas diariamente:		Toma suplementos alimentarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de los suplementos:
Altura:	Peso normal:	Peso actual:	¿Problemas al comer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sírvase explicar:

**TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE**

Síntoma	Sí	No	Comentarios
Problemas de visión			
Urticaria/Manchas oscuras			
Depresión/Ansiedad			
Dolor de garganta			
Rigidez en el cuello			
Tos			
Falta de aire			
Dolor de pecho			
Inflamación de los tobillos			
Náusea			
Vómito			
Trastornos urinarios			
Trastornos sexuales			
Trastornos de la menstruación			
Trastornos vaginales			
Trastornos de fertilidad			
Su madre tomó DES			
Dolores articulares			
Dolores en los brazos/piernas			
Debilidad en las piernas			
Adormecimiento/Hormigueo			
Dolor de cabeza			
Fiebre			
Diarrea			
Pérdida de peso			
Sudoración nocturna			
Inflamación de los nódulos linfáticos			
Fatiga			
Debilidad			
Pérdida de la memoria			
Problemas de concentración			
Dificultad para caminar			
Otros			

**INFECCIONES**

Nombre de la infección	Sí	No	Fecha	Comentarios
NEUMONIA POR PNEUMOCYTIS CARINII (PCP)				
POR EL COMPLEJO MAI				

M. KAN				
SARCOMA DE KAPOSI				
CRIPTOCOCOSIS				
HISTOPLASMOSIS				
CANDIDIASIS				
CITOMEGALOVIRUS CON AFECCION PULMONAR Y DIGESTIVA.				
POR CRYPTOSPORIDIUM				
TOXOPLASMOSIS				
LEUCOPLASIA PILOSA				
HERPES ZOSTER				
HERPES SIMPLEX				
HEPATITIS POR VIRUS EB				
SALMONELOSIS				
SÍFILIS				
GONORREA				
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP) RECURRENTE				
LEUCOENCEFALOPATI A MULTILOCAL PROGRESIVA (PML)				
OTRAS				

**Cirugías:**

**Otras hospitalizaciones:**

**Trastornos médicos crónicos:**

<b>Obstetricia y ginecología:</b> P: G: AB:	Pérdidas:	Amenorrea:	Fecha del último Papanicolau:	<b>Anticonceptivos:</b>  Método usado anteriormente /en la actualidad:  Otros métodos usados  Problemas con los métodos:

<b>Alergias:</b>	<b>Reacciones:</b>

<b>Inmunizaciones:</b>	<input type="checkbox"/> Triple vírica <input type="checkbox"/> Tétano/ Difteria <input type="checkbox"/> FL	<input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Hepatitis B	<b>Enfermedades infantiles:</b>	<input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Otras:
------------------------	---	---	---------------------------------	---

Medicamentos actuales:

<b>Varios:</b>				
Ejercicio: (20 min. 3 x semana) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Describa:		
Usa el cinturón de seguridad: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca	¿Llenó el formulario de Directivas Anticipadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se le explicó al paciente durante su ingreso?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se le entregó una copia?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Clínicas/Hospitales/Médicos privados que suministraron el tratamiento VIH :				
<b>SEGURO</b>				
# LICENCIA PARA CONDUCIR	ESTADO	DR. QUE LO REFIERE	DOLENCIA PRINCIPAL	FECHA DE LA LESIÓN
<b>PRINCIPAL COMPAÑÍA DESEGURO</b>	<b>GERENTE DEL CASO</b>	<b>COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIA</b>	<b>GERENTE DE CASO</b>	
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO
TELEFONO	# ID DE SEGURO		TELEFONO	# ID DE SEGURO
NOMBRE DEL GRUPO	# DEL GRUPO		NOMBRE DEL GRUPO	# DEL GRUPO
NOMBRE DEL FIADOR		NOMBRE DEL FIADOR		
DIRECCION DEL FIADOR		DIRECCION DEL FIADOR		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO
# DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE ASEGURADO		# DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE ASEGURADO		
ACTUALIZACIONES DEL SEGURO				

**CESION DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Recuerde que, en la medida permitida por la ley, se considera que el seguro constituye un medio para reembolsar al paciente sus gastos pagados directamente al proveedor y no es un sustituto por su pago. Algunas compañías pagan un monto fijo por ciertos procedimientos o servicios y otras pagan un porcentaje del costo. El paciente es responsable del pago de cualquier monto adeudado por concepto de deducible, coseguro, copago o por cualquier otro saldo que no haya sido pagado por su compañía de seguro. Cuando nosotros introducimos su reclamo, otorgamos un período de cuarenta y cinco días, contados a partir de la fecha de facturación, para que la compañía de seguro procese su reclamo y efectúe los pagos correspondientes. De no recibir el pago en el lapso de tiempo antes especificado, le enviaremos una notificación solicitando el pago de la totalidad de su cuenta e indicándole que su reembolso deberá ser solicitado directamente por usted a su compañía de seguro. Enviamos las facturas a su compañía de seguro como cortesía para el paciente únicamente y esto no exonera al paciente de su responsabilidad de pagarla en su totalidad.

Certifico que he leído y que entiendo plenamente las políticas de facturación de Care Resource y convengo en saldar la cuenta en su totalidad y/o hacer arreglos de pago satisfactorios cuando se me indique, de conformidad con lo expuesto más arriba. En la medida necesaria para determinar quién es responsable del pago y obtener los reembolsos correspondientes, autorizo la divulgación parcial de mi expediente médico, inclusive información relativa a la infección VIH. Además, por medio de la presente cedo a Care Resource todos los beneficios médicos y quirúrgicos que me corresponden, incluyendo los derivados de Medicare, Medicaid, y Ryan White Parte A, seguros privados, compensación laboral y demás planes de salud. Esta cesión permanecerá en vigencia hasta que sea revocada por escrito por mí. Las fotocopias de esta Cesión tendrán la misma validez que el original. Entiendo que, en la medida permitida por la ley, soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por la compañía de seguro. En caso de que la cuenta sea referida a un abogado para su cobranza, el suscrito pagará los honorarios razonables de abogado y los costos de cobranza.

FIRMA DEL PACIENTE O DE LA PERSONA AUTORIZADA Autorizo la divulgación de aquella información médica (inclusive información sobre VIH y/o los resultados de las pruebas) necesaria para procesar mi reclamo(s) y para solicitar el pago de beneficios gubernamentales a mí o a Care Resource (el cesionario)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

AUTORIZO QUE EL PAGO DE LOS BENEFICIOS MEDICOS QUE DE OTRA MANERA ME CORRESPONDERÍA RECIBIR DIRECTAMENTE, SE ENVIE AL MEDICO O AL PROVEEDOR POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.

Firma del asegurado o de la persona autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cuestionario sobre la evaluación detallada del paciente**

La evaluación detallada es una herramienta de diagnóstico utilizada para recabar la información necesaria para establecer o respaldar un diagnóstico, determinar la candidatura para los servicios, servir de base para establecer o modificar el plan de tratamiento o el plan de cuidados y para fijar los criterios para darle de alta. Al responder a las siguientes preguntas usted estará colaborando con el personal y con los terapeutas en la determinación de la mejor manera de satisfacer sus necesidades. Le agradecemos el tiempo empleado en llenar este cuestionario. Reconozco y acepto visitas en mi hogar para la provisión de ciertos cuidados o para actividades de extensión del programa.

Entiendo el propósito de este cuestionario del cliente tal y como ha sido expuesto más arriba y otorgo mi consentimiento para mi evaluación detallada por parte del personal y los terapeutas.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Sírvase describir en sus propias palabras las razones por las que busca ayuda en la actualidad:

2. Ponga sus iniciales aquí (\_\_\_\_\_ iniciales) si desea recibir correo electrónico acerca de los recursos de cuidados existentes a fin de mantenerse actualizado en cuanto a los sucesos, eventos y nuevos servicios del organismo. Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

3. Ponga sus iniciales aquí (\_\_\_\_\_ iniciales) si desea recibir correspondencia por correo acerca de los recursos de cuidados existentes, a fin de mantenerse actualizado en cuanto a los sucesos, eventos y nuevos servicios del organismo. Dirección de correo: \_\_\_\_\_

3. a. Ponga sus iniciales aquí (\_\_\_\_\_ iniciales) si desea mayor información acerca de los ensayos clínicos realizados por Care Resource. \_\_\_\_\_

b. Ponga sus iniciales aquí (\_\_\_\_\_ iniciales) si desea ofrecer sus servicios como voluntario de Care Resource. \_\_\_\_\_

c. Ponga sus iniciales aquí (\_\_\_\_\_ iniciales) si está dispuesto a ser entrevistado por los medios de comunicación respecto a su condición VIH/SIDA. (Frecuentemente recibimos solicitudes de distintos medios de comunicación para que les permitamos hablar con nuestros clientes acerca de sus cuidados. Primero nos pondríamos en contacto con usted para determinar si está dispuesto a hablar de sus cuidados con un reportero de televisión o de los periódicos) (Nota: Los puntos #2-3 no tienen ningún impacto sobre su candidatura para recibir servicios de Care Resource) \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo desea que lo contacte el personal?

- |  |                   |                             |                             |
|--|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de la casa _____ | ¿Acepta mensajes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Teléfono celular _____    | ¿Acepta mensajes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                | ¿Acepta mensajes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Sírvase indicar cualquier instrucción especial de contacto: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de Care Resource?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Otro cliente      | <input type="checkbox"/> Propaganda      |
| <input type="checkbox"/> Referencia propia | <input type="checkbox"/> Literatura      |
| <input type="checkbox"/> Otro proveedor    | <input type="checkbox"/> Gerente de Caso |
| <input type="checkbox"/> Clínica           | <input type="checkbox"/> Hospital        |
| <input type="checkbox"/> Otro:             | _____                                    |

5. ¿A quién puede contactar el personal en caso de emergencia?

- |  |                   |                             |                             |
|--|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Teléfono de la casa del contacto de emergencia _____ | ¿Acepta mensajes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Teléfono celular del contacto de emergencia _____    | ¿Acepta mensajes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Contacto de emergencia, Otros _____                  | ¿Acepta mensajes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Sírvase indicar cualquier instrucción especial de contacto: \_\_\_\_\_

5. a. ¿Podemos hablar de su condición VIH con su contacto de emergencia?  No  Sí

6. ¿Cómo se transporta a donde necesita ir durante la semana? \_\_\_\_\_

Iniciales del terapeuta Fecha en que se realizó:

7. a. Desea mayor información acerca del Testamento en Vida o las Directivas Anticipadas  No  Sí

7. b. Desea más información acerca de las Directivas Anticipadas para casos de Salud Mental  No  Sí

7. c. ¿Tiene alguna necesidad en particular? \_\_\_\_\_

8. ¿Necesita algún servicio en particular que no está recibiendo en la actualidad?  No  Sí. De

contestar afirmativamente, sírvase dar detalles: \_\_\_\_\_

9. Describa algunas de sus fortalezas personales. \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene en la actualidad algún sitio estable donde vivir? Sí  No

2. ¿Con quién vive la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_

3. ¿Indique cuán regulares son sus patrones diarios?

a. Comer: Muy  Algo  Inexistente

b. Dormir: Muy  Algo  Inexistente

Describa cualquier cambio reciente: \_\_\_\_\_

4. ¿Con qué frecuencia come fuera de casa?

Casi nunca/Nunca  Una vez al mes  Una vez a la semana  2-4 veces a la semana  Por lo menos una vez al día

**Historia personal familiar**

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo al nacer:  Masculino  Femenino

Transexual:  No  Sí;  M > F  F > M

Idioma materno: \_\_\_\_\_ Otros idiomas: \_\_\_\_\_

Si nació fuera de los EEUU, sírvase describir su experiencia de inmigración:

	Madre	Padre	De mayor a menor hermano(a)			
Nombres del familiar:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
¿Enfermedades mentales?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
¿Enfermedades físicas?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
¿Muertes?(Indique el año)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
¿Abuso de sustancias?	_____	_____	_____	_____	_____	_____

2. Sírvase describir las experiencias de crecimiento en su hogar:

3. ¿Se ha casado o vivido en concubinato alguna vez?  No  Sí. De contestar afirmativamente, sírvase indicar:

Nombre	Dónde	Fecha	¿VIH? ¿Divorciado?	Hijos(as), número, sexo, edad
a. _____	_____	_____	_____	_____
b. _____	_____	_____	_____	_____
c. _____	_____	_____	_____	_____

4. Sírvase describir sus experiencias en cuanto a sus relaciones íntimas: \_\_\_\_\_

5. Cuando niño(a), alguna vez a usted lo:<sup>1</sup>

	Golpeó	Cacheteó	Amorató	Quemó	Abusó sexualmente	Perjudicó
a. un adulto	_____	_____	_____	_____	_____	_____
b. otro niño(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

6. Cuando niño alguna vez usted:

	Golpeó	Cacheteó	Amorató	Quemó	Abusó sexualmente	Perjudicó
a. a un adulto	_____	_____	_____	_____	_____	_____
b. a otro niño(a)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

7. Como adulto, alguna vez alguien lo:<sup>2</sup>

¿Quién?	Golpeó	Cacheteó	Amorató	Quemó	Abusó sexualmente	Perjudicó
c. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
d. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

8. Como adulto, alguna vez usted:

¿A quién?	Golpeó	Cacheteó	Amorató	Quemó	Abusó sexualmente	Perjudicó
a. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
b. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

9. Explique sus respuestas a las preguntas número 5-8: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene alguna mascota?  No  Sí. De contestar afirmativamente, sírvase mencionarlas: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Alpert, E. J. (2002) Journal of General Internal Medicine Domestic Violence and Clinical Medicine: Learning from our Patients and From our Fears.

<sup>2</sup> National Library of Medicine (2007) "La renuencia de los profesionales de cuidados de salud de facilitar la divulgación de incidentes de violencia doméstica a sus pacientes, y vice-versa, es uno de los factores que contribuyen con la incapacidad de reconocer y evaluar el problema" Disponible a través de: [http://www.nlm.nih.gov/arcVIHe/20040829/pubs/cbm/domestic\\_violence\\_assessment.html](http://www.nlm.nih.gov/arcVIHe/20040829/pubs/cbm/domestic_violence_assessment.html) el 13/12/2007

**Creencias religiosas**

¿Participa en alguna actividad religiosa organizada?  No  Sí. Sírvase mencionarlas:

\_\_\_\_\_

¿Creencias religiosas importantes?  No  Sí, sírvase mencionarlas:

\_\_\_\_\_

**Cultura**

¿Pertenece a algún grupo cultural?  No  Sí. Sírvase mencionarlos:

\_\_\_\_\_

¿Qué actividades culturales son importantes para usted?

\_\_\_\_\_

**Legal**

¿Ha sido arrestado en alguna oportunidad?  No (pase directamente a: Historia Médica)

Sí, sírvase explicar:

Cargo	Fecha	Resultado
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		

¿Actualmente está bajo libertad condicional?  No  Sí.

De contestar afirmativamente indique lo siguiente acerca de su oficial de libertad condicional:

Nombre \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Sírvase mencionar los requerimientos de su libertad condicional a fin de que podamos ayudarle a cumplirlos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia Médica**

4. Proveedores médicos:	Nombre	Ubicación	Teléfono	Fecha última visita
Médico de cabecera	_____	_____	_____	_____
Psiquiatra	_____	_____	_____	_____
Terapeuta	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____	_____

5. ¿Ha tenido alguna vez resultados positivos a la prueba de tuberculosis?  No  Sí

6. ¿Ha tenido alguna vez resultados positivos a la prueba de hepatitis?  No  Sí

Sírvase indicar todos los medicamentos que toma en la actualidad:

(Si no toma ningún medicamento o suplemento vaya directamente a la página 7 y conteste la pregunta #10)

Nombre del fármaco	Razones por la que toma este medicamento	¿Cuántas pastillas a la vez?	¿Cuántas veces al día?	Sírvase describir las restricciones de este fármaco, (con/sin alimentos)	Próxima fecha de recambio de su receta médica?
Suplementos	Razones por las que toma este suplemento	¿Cuántas píldoras a la vez?	¿Cuántas veces por día?	Sírvase describir las restricciones de este suplemento	

6. Indique su nivel de cumplimiento del programa medicamentoso en los últimos cuatro días

- Nunca      Algunas veces      La mitad de las veces      Mayor parte de las veces      Siempre
- 

7. ¿Cuándo fue la última vez que perdió una dosis de su medicamento?

- Semana pasada      Hace 1-2 semanas      Hace 2-4 semanas      Hace 1-3 meses      >3 meses      Nunca
- 

8. Sírvase indicar a continuación la razón(es) que contribuyó a que no tomara la dosis de su medicamentos en el último mes. (Si no dejó de tomar ninguno de sus medicamentos el mes pasado, pase directamente a la pregunta 9):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estaba lejos del hogar   | <input type="checkbox"/> Se me acabaron las píldoras                            |
| <input type="checkbox"/> Otras ocupaciones  | <input type="checkbox"/> Me sentí bien  |
| <input type="checkbox"/> Simplemente lo olvidé  | <input type="checkbox"/> Me lo impidieron las responsabilidades familiares      |
| <input type="checkbox"/> Lo pospuse un minuto y se me olvidó por completo                                 | <input type="checkbox"/> Me lo impidieron los cambios del fin de semana         |
| <input type="checkbox"/> Demasiadas pastillas que tomar   | <input type="checkbox"/> Me lo impidió mi situación de vivienda/de vida         |
| <input type="checkbox"/> Quise evitar los efectos secundarios   | <input type="checkbox"/> No entendí las instrucciones de mi proveedor           |
| <input type="checkbox"/> No quería que otros me vieran tomar medicamentos                                 | <input type="checkbox"/> No tenía acceso a agua o comida                        |
| <input type="checkbox"/> Cambio inesperado en la rutina diaria  | <input type="checkbox"/> No tenía un sitio seguro para guardar mis medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Consideré que el fármaco era tóxico/dañino                                       | <input type="checkbox"/> Perdí los medicamentos                                 |
| <input type="checkbox"/> Se me pasó la hora de la dosis por quedarme dormido                              | <input type="checkbox"/> Estaba bajo la influencia de drogas o alcohol          |
| <input type="checkbox"/> Me sentí mal o enfermo(a)  | <input type="checkbox"/> Estaba tomando demasiadas pastillas                    |
| <input type="checkbox"/> Me sentí deprimido(a)/sobrecargado(a)  | <input type="checkbox"/> Desagradable sabor de las pastillas                    |
| <input type="checkbox"/> Problemas por tener que tomar las píldoras a horas específicas (con las comidas) |   |

9. El siguiente conjunto de preguntas se refiere a sus pensamientos y opiniones acerca de los medicamentos recetados. ¿Cuán seguro está usted de que:

Sumamente seguro	Algo seguro	Algo inseguro	Sumamente inseguro
------------------	-------------	---------------	--------------------

Puede tomar los medicamentos de acuerdo a las indicaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los medicamentos tienen un efecto positivo sobre su salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Si toma medicamentos para la salud mental) Si no toma los medicamentos exactamente como se le ha indicado, su problema de salud mental empeorará.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Si está bajo medicamentos por VIH) Si no toma los medicamentos exactamente como se le ha indicado el VIH en su cuerpo creará resistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. ¿Esta satisfecho con su régimen actual? Sí  No  De contestar negativamente, indique por qué \_\_\_\_\_

b. ¿Tiene todo lo que necesita para poder cumplir con las instrucciones de estos medicamentos. Sírvase marcar:

	Sí	No	N/A
Su casa es un buen sitio para guardar sus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lejos de su casa es un buen sitio para guardar sus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos para ingerir con los medicamentos en los casos necesarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suficiente agua potable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recordatorios (reloj despertador, reloj de muñeca, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. ¿Necesita alguna ayuda con sus medicamentos? \_\_\_\_\_

d. En una escala de uno a diez indique su nivel de motivación para tomar sus medicamentos VIH?

No motivado					Muy motivado				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

En una escala de uno a diez, indique su nivel de motivación para tomar sus medicamentos para la salud mental

No motivado					Muy motivado				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

\* Si no ha tomado sus medicamentos VIH o para la salud mental de la manera indicada, sírvase contestar la pregunta a continuación. Si las ha tomado de la manera indicada, haga caso omiso a la siguiente pregunta.

e. En una escala de uno a diez, indique su nivel de motivación para cambiar los factores

que influyen sobre el acatamiento de su régimen de medicamentos VIH

No estoy listo para el cambio					Ya estoy cambiando				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

que influyen sobre el acatamiento de su régimen de medicamentos para la salud mental

No estoy listo para el cambio					Ya estoy cambiando				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

10. Sírvase definir con sus propias palabras los siguientes términos:

VIH \_\_\_\_\_

care resource \_\_\_\_\_

Carga viral \_\_\_\_\_

CD4 \_\_\_\_\_

Clases de fármacos \_\_\_\_\_

Resistencia \_\_\_\_\_

Acatamiento \_\_\_\_\_

Le han hecho análisis de laboratorio relativos a su VIH? Sí  No  (De no ser así pase directamente a la “Elegibilidad Financiera”)

11. Indique su más reciente cifra de Carga Viral \_\_\_\_\_

12. Indique su más reciente valor de CD4 \_\_\_\_\_

### Elegibilidad financiera

¿Tiene seguro médico?

No. **De contestar negativamente** ¿le ofrece seguro su empleador?  No  Sí

Sí. **De contestar afirmativamente**, ¿a través de su empleador actual  o anterior ?

De ser a través de su empleador anterior,

¿se inscribió en COBRA?  Sí.

¿Paga usted mismo las primas?  Sí  No

¿Cuándo finaliza su cobertura COBRA? \_\_\_\_\_

No. **De contestar negativamente**, ¿cuándo dejó su empleador le informó acerca de sus derechos bajo Cobra?

Sí. Fecha: \_\_/\_\_/\_\_  No

Paga sus copagos/deducibles usted mismo  los paga otra persona ?

Tiene una Exoneración de Medicaid (Proyecto AIDS Care)?

Sí  No

### ¿Está inscrito en alguno de los siguientes programas?

ADAP (Programa de asistencia farmacológica contra el SIDA)

AICP (Programa de continuación de seguro SIDA)

TOPWA (Extensión de la ley de mujeres embarazadas)

CMS (Servicios médicos para niños)

WIC (Mujeres, bebés y niños)

HOPWA (Oportunidades de vivienda para personas con SIDA)

HUD (Desarrollo habitacional y urbano)

TANF (Ayuda temporal a familias necesitadas)

VA (Administración de veteranos de guerra)

### ¿Desea información?

No  Sí  No  Sí

No  Sí  No  Sí

No  Sí  No  Sí

No  Sí  No  Sí

No  Sí  No  Sí

No  Sí  No  Sí

No  Sí  No  Sí

No  Sí  No  Sí

No  Sí  No  Sí

### ¿Tiene o recibe beneficios de alguno de los siguientes?

Otro seguro  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Seguro privado de discapacidad  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Fondo en fideicomiso  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Beneficios de jubilación  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Ingresos por propiedad alquilada  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Asistencia pública o privada  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Pagos de manutención infantil  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Pensión alimentaria  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Ayuda financiera  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Ayuda de parientes o amigos  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Otro tipo de asistencia mensual  No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_  
Universitaria : \_\_\_\_\_  
Postgrado: \_\_\_\_\_  
Artes y oficios: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

Indique cualquier experiencia educativa significativa:

---

¿Tiene planes académicos para el futuro?

---

¿Tiene algún problema de aprendizaje? \_\_\_\_\_

### Trabajo

¿Trabaja actualmente?  Sí ¿Dónde? \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
Tiempo en el empleo actual \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
¿Tiene problemas por su condición VIH en el trabajo?  No  Sí  
 No. **De contestar no**, ¿quiere hacerlo? Sí  No   
¿Cobra Desempleo?  No  Sí, monto \_\_\_\_\_  
 Discapacitado desde: \_\_\_\_\_ (fecha) monto Discapacidad \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
¿Recibe Compensación Laboral?  No  Sí; Monto: \_\_\_\_\_

Describa cualquier avance significativo obtenido en su trabajo:

---

¿Logra satisfacer sus necesidades básicas? Sí  no  De responder no, explique: \_\_\_\_\_

---

Indique el monto de sus ingresos anuales \_\_\_\_\_ ¿Qué evidencia de ingresos tiene? \_\_\_\_\_

Sírvase indicar el ingreso económico de cada uno de los miembros de su familia que viven en su casa:

---

Indique sus activos financieros \_\_\_\_\_ Indique sus gastos \_\_\_\_\_  
¿Qué prueba tiene de estar residenciado en el condado de Miami-Dade? (Entregue una copia) \_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol y sustancias <sup>3</sup> A. Historia de consumo de alcohol**

¿Consumes bebidas alcohólicas?  No (Pase directamente a “B. Historia de consumo de drogas”)

Sí. Responda las preguntas a continuación:

¿Está listo para cambiar su patrón de consumo de bebidas alcohólicas? (Haga un círculo alrededor del número apropiado)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>No estoy listo, en absoluto, para el cambio</b>			<b>Estoy considerando el cambio</b>			<b>Estoy preparándome para el cambio</b>			<b>Me esfuerzo activamente por lograr /mantener el cambio</b>

1. Edad en la que consumió por primera vez: \_\_\_\_\_ Edad en la que comenzó su consumo regular: \_\_\_\_\_ Edad en la que comenzó el problema de consumo: \_\_\_\_\_

2. ¿Recuerda su experiencia la primera vez que consumió bebidas alcohólicas?  Sí  No

3. ¿Como reacciona su cuerpo ante el alcohol? \_\_\_\_\_

4. ¿Se embriaga con cantidades pequeñas  medianas  grandes  de alcohol?

5. ¿Se ha desvanecido?  Sí,  No, De contestar afirmativamente, explique su respuesta: \_\_\_\_\_

6. En comparación con los años anteriores ¿se siente intoxicado con cantidades menores  mayores,  iguales  de alcohol?

7. ¿Ha tomado alguna vez por la mañana?  Sí,  No

8. ¿Ha tomado solo alguna vez?  Sí,  no

9. ¿Ha tomado alguna vez al despertarse por la mañana?  Sí,  no

10. ¿Toma en la noche para conciliar el sueño?  Sí,  no

11. ¿Se aprovisiona y/o resguarda sus bebidas alcohólicas?  Sí,  no

12. ¿Qué reacción emocional tiene cuando bebe (malhumorado, irritable, insensible, etc.)?

13. Si va a salir en la noche ¿se toma algunos tragos antes de salir de la casa?  Sí,  No

14. ¿Ha recibido algún tratamiento por alcoholismo?  Sí,  no

De contestar afirmativamente, indique, cuándo, dónde, duración de la estadía y resultados:

Cuándo	Ciudad	Centro	Duración	Resultados
a. _____				
b. _____				
c. _____				
d. _____				

15. ¿Alguna vez ha acudido a AA, Al-Anon, Nar-Anon, NA o ACOA?  Sí,  No. **Si contestó afirmativamente**, describa su experiencia. \_\_\_\_\_

16. ¿Ha pensado alguna vez que no debería tomar tanto?  Sí,  no

17. ¿Se ha molestado porque lo hayan criticado por consumir alcohol?  Sí,  no

18. ¿Se ha sentido mal o culpable por consumir alcohol?  Sí,  no

19. ¿Alguna vez se ha tomado un trago a primera hora de la mañana para relajar los nervios o despejar una resaca?  Sí,  no

20. ¿Alguna vez ha experimentado lo siguiente al dejar de consumir alcohol o al reducir su consumo:

a. Temblor o agitación interna o externa  Sí  no

b. ¿Visto, escuchado, olido o sentido algo inexistente?  Sí  no

c. ¿Sufrido algún ataque, convulsión, ataque epiléptico?  Sí  no

21. ¿Alguna vez ha limitado su consumo de la siguiente manera: a. Hora del día  Sí,  no

b. Cambio de licor por vino o cerveza  Sí,  no

c. Cantidad consumida  Sí,  no

d. Se ha hecho promesas a si mismo acerca de estas restricciones  Sí,  no

e. ¿Las ha quebrantado alguna vez?  Sí,  no

22. ¿Con quién consume alcohol la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_

23. ¿Alguna vez ha sufrido alguna lesión estando intoxicado?  Sí,  no

De responder afirmativamente, sírvase explicar su respuesta: \_\_\_\_\_

24. ¿Considera que ingiere alcohol socialmente  en grandes cantidades  abusivamente  es alcohólico  ?

Explique su respuesta: \_\_\_\_\_

25. Describa su patrón de consumo de bebidas alcohólicas: \_\_\_\_\_

26. Nivel de consumo actual: \_\_\_\_\_ Cantidad (¿Cuántos?): \_\_\_\_\_  
Frecuencia (cuán a menudo): \_\_\_\_\_ Duración (¿Cuánto tiempo permanece a ese nivel?): \_\_\_\_\_

## B. HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS (General)

27. ¿Ha consumido drogas alguna vez?  No (Pase directamente a “Actividades recreativas / Esparcimiento” en la página 16)

27 a. ¿Ha sido tratado alguna vez por problemas de droga?  No  Sí. **De contestar afirmativamente**, indique cuando, dónde, duración de la estadía y resultados:

	Fecha	Ciudad	Centro	Duración	Resultados
a.	_____	_____	_____	_____	_____
b.	_____	_____	_____	_____	_____
c.	_____	_____	_____	_____	_____

28. ¿Qué reacción emocional tiene cuando consume drogas? \_\_\_\_\_

29. ¿Alguna vez le han dado medicamentos para calmar el nerviosismo, la depresión o para perder peso?  No  Sí. **De contestar afirmativamente**, sírvase mencionarlos: \_\_\_\_\_

30. ¿Cómo se cataloga a si mismo en cuanto a su consumo de drogas? \_\_\_\_\_

31. ¿Alguna vez se ha avergonzado de su conducta después de consumir drogas?  no  Sí. **De responder afirmativamente**, describa su respuesta: \_\_\_\_\_

32. ¿Alguna vez se ha lesionado por estar bajo la influencia de drogas?  No  Sí. De contestar afirmativamente, describa su respuesta: \_\_\_\_\_

33. ¿Alguna vez ha usado drogas/medicamentos para conciliar el sueño?  Sí,  No. De responder afirmativamente, explique su respuesta: \_\_\_\_\_

34. Antes de buscar tratamiento hoy, ¿cuál ha sido el mayor lapso de tiempo que ha estado libre de drogas o medicamentos en el último año? \_\_\_\_\_

35. ¿Qué drogas ha consumido? \_\_\_\_\_

## C. Uso de tabaco

¿Usa tabaco en la actualidad?

<input type="checkbox"/> Fuma:	Frecuencia _____	Cantidad _____	Sí <input type="checkbox"/>	Quiere dejarlo?	No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mastica:	Frecuencia _____	Cantidad _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aspira:	Frecuencia _____	Cantidad _____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Llene esta página para cada una de las drogas que haya usado (haga las copas adicionales necesarias)

Droga específica: \_\_\_\_\_ Catalogue esta droga haciendo un círculo alrededor de los números: **1 2 3 4 5**  
1= Preferida, 5 = Menos preferida

35. ¿Está actualmente listo para cambiar su patrón de uso de esta droga? (Haga un círculo al rededor del número que mejor describa su respuesta)

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>No estoy nada listo Para el cambio</b>			<b>Estoy considerando el cambio</b>			<b>Estoy preparándome para el cambio</b>			<b>Me esfuerzo activamente por mantener el cambio</b>

36. Edad en que la usó por primera vez: \_\_\_\_\_ Edad en que comenzó a usarla regularmente: \_\_\_\_\_ Edad en que comenzó a tener problemas por su uso: \_\_\_\_\_

37. ¿Recuerda su experiencia cuando usó esta droga por primera vez?  Sí,  no  
De contestar afirmativamente, explique su respuesta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38. ¿Cómo reacciona su cuerpo ante esta droga?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

39. ¿Requiere cantidades  pequeñas,  medianas o  grandes para sentir su efecto?

40. La cantidad que requiere ahora para sentir su efecto es  mayor,  menor, o  igual que la requerida hace algunos años.

41. ¿Cómo reacciona emocionalmente ante el uso de esta droga? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

42. ¿Ha tenido alguna vez una sobredosis, síntomas de abstinencia o reacción adversa a esta droga?  Sí  no. De responder afirmativamente, explique su respuesta: \_\_\_\_\_

43. ¿Usa normalmente esta droga antes de:

- a. salir  Sí  no
- b. intimidad sexual  Sí  no
- c. ir al trabajo, la escuela  Sí  no
- d. Otro: \_\_\_\_\_

44. Esta droga me ayuda a:

- manejar el estrés
- manejar la ansiedad
- manejar el aburrimiento
- manejar el cansancio
- Otro: \_\_\_\_\_

45. Describa su patrón de uso de esta droga:

46. Nivel de consumo:

Cantidad (Cuánta): \_\_\_\_\_

Frecuencia (Cuán a menudo): \_\_\_\_\_

Duración (cuánto tiempo en este nivel): \_\_\_\_\_ Fecha en que la usó la última vez: \_\_\_\_\_

Método de uso (aspiración nasal, vía oral, fumar la base, inyección, otro) \_\_\_\_\_

### Actividades recreativas / Esparcimiento

Sírvase describir sus actividades recreativas / de esparcimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido problemas de salud mental?

- No  
 Sí, sírvase especificar: \_\_\_\_\_

¿Ha estado en tratamiento con un consejero alguna vez?

- No  
 Sí, sírvase indicar:

	Consejero	Ubicación	Fechas	Resultado
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____

¿Alguna vez ha recibido cuidados de salud mental interno en una institución?

- No  
 Sí, sírvase indicar:

	Consejero	Ubicación	Fechas	Resultado
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____

¿Ha intentado suicidarse alguna vez?

- No  
 Sí, sírvase describir lo sucedido:

¿Ha sentido alguna vez deseos de poner fin a su vida o a la de otra persona?

- No  
 Sí, sírvase describir su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Siente actualmente deseos de poner fin a su vida o a la de otra persona?

- No  
 Sí, sírvase describir su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas de memoria?  No  Sí, sírvase describir su respuesta:

Problemas de concentración  No  Sí, sírvase especificar: \_\_\_\_\_

**Salud sexual<sup>4</sup>**

Sírvase describir su primera experiencia sexual consensual:

Describa lo que piensa acerca de su vida sexual \_\_\_\_\_

En los últimos 3 meses usted ha...	No	Sí	Inseguro	Usted...	No	Sí	Inseguro
Estado desamparado, sin hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se ha inyectado drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en tratamiento por abuso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Ha tenido relaciones sexuales bajo la influencia							

de drogas o alcohol?    ¿ha estado en tratamiento por alcohol o drogas?

Ha tenido sexo para obtener dinero, drogas, albergue, etc.?    ¿ha tenido sexo contra su voluntad?

¿Ha pagado dinero o drogas para tener sexo?    ¿ha tenido sexo con otros hombres (hombres únicamente)

¿Ha tenido sexo con una persona que se inyecta drogas?

¿Ha tenido sexo con algún hombre que tenga relaciones sexuales con otros hombres?    ¿Está embarazada? (mujeres únicamente)

¿Le han diagnosticado Hepatitis C?

---

¿Le han diagnosticado una enfermedad transmitida sexualmente (Sífilis, Clamidia, Gonorrea, Hepatitis B)?

¿Ha estado en algún correccional? (Libertad condicional, bajo palabra, detención protegida, correccional de menores, etc.)

**En los últimos 3 meses ha tenido sexo vaginal, oral o anal? No**  **Sí**

**Si dijo sí con...**

	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
Hombres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos hombres? _____
Mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántas mujeres? _____
Transexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos transexuales? _____

En los últimos 3 meses ¿qué tipos de relación sexual ha tenido? De contestar sí, ¿con qué frecuencia usó su pareja condones o barreras para cada tipo de relación sexual?

	No	Sí	Siempre (4 de 4 veces)	Por lo general (3 de 4 veces)	Algunas veces (2 de 4)	Ocasional (1 de 4)	Nunca (0 de 4)
Sexo vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dador de sexo anal (arriba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Receptor de sexo anal (abajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dador de sexo oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Receptor de sexo oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**En los últimos 3 meses, ¿ha tenido sexo anal o vaginal sin protección?**  No  Sí.

De contestar afirmativamente, ¿cuántas parejas? \_\_\_\_\_

¿Quién tuvo resultados positivos de VIH (tiene VIH)?   \_\_\_\_\_

¿Quién tuvo resultados negativos de VIH?   \_\_\_\_\_

¿Quién tiene una condición VIH desconocida?   \_\_\_\_\_

**Tiene un cónyuge o pareja fija?** No  Sí  De contestar sí, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

Su pareja: Es VIH positivo (tiene VIH)  VIH negativo  Desconozco

Si usted es VIH-positivo, ¿cuánto tiempo hace que conoce su condición de VIH? \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses. Si usted es VIH-positivo, ¿está recibiendo atención médica por su infección VIH?  Sí  No  No estoy seguro

Toda la información suministrada por mí en este cuestionario es verdadera:

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal de ingreso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Gerente de Casos Médicos asignado: \_\_\_\_\_

**He referido al cliente a los siguientes recursos, basado en esta evaluación y lo he incluido en el Plan de Cuidados:**

**Ryan White servicios cubiertos:**

- Gerencia de caso  Otro:
- Mental Health and Substance Abuse Counseling Services (Servicio de consejería por abuso de sustancias y salud mental)
- Inpatient Substance Abuse Counseling (Consejería por abuso de sustancias, recluso)
- Comprehensive Risk Counseling Services (Servicio de consejería por riesgos)
- Nutrición
- Odontológico
- Legal
- Food for Life Network (Red de alimentos para la vida)
- Atención primaria (Mediante referencia médica o del galeno)
- Educación sobre VIH/SIDA
- Fármacos con receta médica

**Servicios comunitarios:**

- AIDS Drug Assistance Program (Programa de asistencia farmacológica para SIDA)  Otro:
- Pharmaceutical Company's Patient Assistance Program (Programa de asistencia al paciente por compañías farmacéuticas)
- AIDS Insurance Continuation Program (Programa de continuación de seguro SIDA)
- Medicaid Waiver Services (Servicios exonerados Medicaid)
- Miami-Dade Transit
- Federal Emergency Management Agency Assistance (Ayuda del organismo federal de manejo de emergencias)
- Food Stamps (Estampillas para alimentos)
- Veteran's Administration (Administración de veteranos de guerra)
- HUD/Section 8/HOPWA/Homeless Services (HUD/Sección 8/HOPWA/Servicio a desamparados)
- Social Security Disability (Discapacidad a través del Seguro Social)

Firma del Gerente de Casos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Gerente de Casos Médicos

Firma del supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Supervisor de Servicios de Gerencia de Casos

Tamaño de la familia	A 0-100%	B 101-150%	C 151-200%	D 201-250%	E 251-300%	F 300-350%	G 351-400%
1	< o = hasta <input type="checkbox"/> \$10-830	<input type="checkbox"/> \$16-245	<input type="checkbox"/> \$21-660	<input type="checkbox"/> \$27.075	<input type="checkbox"/> \$32.490	<input type="checkbox"/> \$37.905	<input type="checkbox"/> <b>\$43,320</b>
2	< o = hasta <input type="checkbox"/> \$14-570	<input type="checkbox"/> \$21-855	<input type="checkbox"/> \$29-140	<input type="checkbox"/> \$36-425	<input type="checkbox"/> \$43.10	<input type="checkbox"/> \$50.995	<input type="checkbox"/> <b>\$58,280</b>
3	< o = hasta <input type="checkbox"/> \$18.310	<input type="checkbox"/> \$27-465	<input type="checkbox"/> \$36-620	<input type="checkbox"/> \$45.775	<input type="checkbox"/> \$54,930	<input type="checkbox"/> \$64.085	<input type="checkbox"/> <b>\$73,240</b>
4	< o = hasta <input type="checkbox"/> \$22-050	<input type="checkbox"/> \$33-075	<input type="checkbox"/> \$44.100	<input type="checkbox"/> \$55.125	<input type="checkbox"/> \$66.150	<input type="checkbox"/> \$77.175	<input type="checkbox"/> <b>\$88,200</b>
+1	\$3.740	\$5.610	\$7.480	\$9.350	\$11.220	\$13.090	\$14,960

## Orientación acerca de los Programas de tratamiento de Care Resource

Los programas de tratamiento ambulatorio de Care Resource ofrecen servicios clínicos competentes, incluyendo consejería individual, familiar y en grupo, además de sesiones educativas, a las personas afectadas de VIH/SIDA o bajo riesgo de contraer VIH/SIDA y frecuentemente afectadas de trastornos de salud mental concomitantes.

Los terapeutas del programa de Care Resource están claramente conscientes del impacto que el diagnóstico, tratamiento y curso viral de VIH/SIDA pueden tener sobre las personas, parejas y familias. La incorporación de educación acerca de VIH/SIDA y su tratamiento y cumplimiento además de las instrucciones para reducir los riesgos, brinda a los clientes un servicio auxiliar esencial a través de los conocimientos impartidos por un personal altamente calificado.

El personal a tiempo completo y el personal bajo *per diem* están inscritos y poseen licencia para trabajar en las áreas de trabajo social clínico y consejería de salud mental. Cada uno de los terapeutas recibe un mínimo de 30 horas de educación continua cada dos años.

Las referencias al programa de terapia ambulatoria de Care Resource se reciben directamente de clientes interesados, del sistema de cuidados de VIH/SIDA, del programa de ayuda temporal a familias necesitadas, de organizaciones de servicio comunitario y de miembros de la familia. La admisión a estos cuidados implica una buena recepción del cliente por parte del personal, ausencia de listas de espera, su evaluación diagnóstica a través del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos de Salud Mental de la Asociación Americana de Psicología y la determinación del nivel requerido conforme a la Sociedad Americana de Medicina de Adicciones. Las personas que requieren niveles alternos de cuidado, pueden escoger ser referidos al servicio que satisfaga más adecuadamente sus necesidades individuales. Los convenios cooperativos firmados con los servicios de desintoxicación, hospitalización, hospitalización parcial, tratamiento diario y servicios psiquiátricos garantizan el rápido acceso a niveles alternos de cuidado. Si, después de una evaluación detallada, se determina que el nivel adecuado para el paciente es la consejería individual ambulatoria, se le entrega al cliente los resultados de la evaluación y las recomendaciones en cuanto a los cuidados requeridos en su caso. A continuación se le informa acerca de sus beneficios específicos, las alternativas y riesgos del tratamiento y se le pide su consentimiento basado en información a fin de asegurar que el cliente ingresa al tratamiento voluntariamente y bien informado. Los requerimientos para obtener la licenciatura del estado indican que la frecuencia adecuada de sesiones debe ser como mínimo una sesión por semana. Cuando el terapeuta justifica clínicamente, por escrito, un número menor de sesiones, se incluye en el expediente del cliente.

Además de incorporar las inquietudes de los clientes acerca de STI, VIH/SIDA al igual que los trastornos concomitantes en el tratamiento ambulatorio por abuso de sustancia, el plan de tratamiento individualizado, elaborado específicamente para el cliente basado en sus fortalezas, sirve de orientación tanto para el cliente como para el terapeuta en el avance hacia la recuperación plena de sus funciones y de su sobriedad. La terapia individual, la educación, los grupos y los referidos se mezclan con servicios adicionales para satisfacer las necesidades del cliente y los objetivos del tratamiento. Además del apoyo que reciben los clientes de familiares y seres queridos en cuanto al logro de los objetivos del tratamiento, los motivamos a incorporar a esas personas a su tratamiento a través de terapia familiar o de parejas, educación y/o soporte.

La terapia se concentra principalmente en áreas tales como la abstinencia, reducción de daño, prevención de recaídas, mayor conocimiento acerca de la dependencia clínica, creación de una red de soporte y mantener una vida libre del consumo de sustancia.

Además, algunos clientes de Care Resource tienen sus propios objetivos relativos a la preservación de la familia, autosuficiencia económica y promoción de las responsabilidades familiares en el cuidado de los hijos y en el establecimiento de una relación duradera.

Las revisiones regulares del plan de tratamiento se hacen como mínimo cada treinta días o en momentos de cambios significativos para asegurar su adecuado progreso y comprobar que todas las modificaciones del tratamiento se ajustan a las necesidades del cliente. Los criterios de estadía continua de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción ayudan y orientan a los médicos en la determinación de la duración de la estadía más adecuada y los cambios en los niveles de cuidado requeridos. A los casos difíciles o desafiantes se le asigna un

supervisor y, cuando implican otros servicios, un equipo multidisciplinario para asegurar que el cliente se beneficie de la experiencia colectiva y de los recursos de los distintos organismos involucrados. Todos los médicos residentes reciben supervisión en sitio, al igual que supervisión individual y en grupo por personal diplomado para asegurar la calidad de sus servicios.

Los clientes por lo general informan si han tenido alguna recaída. Posteriormente, aunque se dispone de pruebas de orina, casi nunca es necesario para determinar el uso o progreso del cliente. Los procedimientos destinados a mantener la viabilidad y veracidad de las muestras recogidas, guían a los terapeutas en cuanto al uso de pruebas para asegurar que el cliente está cumpliendo con sus obligaciones de reportarse a terceros, tales como el oficial de libertad condicional o el departamento de niños y familias.

Los planes para dar de alta al cliente implican provocar conductas indicativas del cambio y una vez logrado indique éxito en el logro de los objetivos del tratamiento. La planificación de casos incluye la planificación de la dada de alta, y esto permite al cliente entender claramente cuando su tratamiento ha tenido éxito y se han logrado los objetivos del mismo.

El programa es pequeño y especializado para poder satisfacer las necesidades de dos grupos específicos: los afectados por VIH/AIDS y los que participan en los programas de ayuda temporal a familias necesitadas. Se presta servicio a 30 personas al año aproximadamente y las sesiones por lo general son una vez por semana durante un período de 6 meses en promedio. Los grupos de Care Resource incluyen un grupo de soporte y tratamiento de VIH que se reúne los jueves a las 6:00 PM en nuestra sala de conferencias en el segundo piso sin dejar de motivar la asistencia a AA/NA/Al-Anon. Póngase en contacto con su terapeuta para que lo refiera a los grupos o busque la información de contacto en [www.careresource.org](http://www.careresource.org).

Las inquietudes sobre salud mental y abuso de sustancias pueden tener un impacto sobre el contagio de VIH y de las enfermedades transmitidas por contacto sexual. Recomendamos a todos los participantes sexualmente activos que se sometán a prueba de VIH (si su condición es desconocida), despistajes regulares de tuberculosis y pruebas regulares de enfermedades transmitidas por contacto sexual para asegurar la adecuada satisfacción de sus necesidades de salud y para ayudarles a reducir el contagio de estas infecciones dentro de la comunidad al recibir tratamiento inmediato y adecuado.

Para las pruebas de VIH, preséntese simplemente durante horas de oficina, firme la hoja de llegada y después de una corta espera (aproximadamente 30 minutos) se le hará la prueba. Para el despistaje de enfermedades transmitidas por contacto sexual, si usted consulta a un médico aquí, pídale la evaluación completa de infecciones transmitidas por vía sexual, o acuda al Departamento de Salud o a Planned Parenthood en las siguientes direcciones:

### **Planned Parenthood (llamar para informarse de los precios):**

North Miami Health Center	681 N.E. 125th St. Miami	(305) 895-7756
Kendall Health Center	11440 S.W. 88th St., Suite 109	(786) 263-0001
<a href="#">Jean Shehan Family Planning Clinic</a> <sup>3</sup>	119A SW 22nd Street	(305) 285-5535

### **Control de infecciones (Precauciones universales)**

El programa de terapia de Care Resource incluye las precauciones universales para prevenir la diseminación de organismos patógenos. Esto significa que se exige a los empleados y se alienta a los clientes a lavarse las manos después de usar el baño, manejar todas las muestras como si fuesen posibles materiales infecciosos y aplicar las políticas y procedimientos que rigen la manipulación de cualquier material potencialmente infeccioso

### **Honorarios**

Para quienes no sean candidatos para los programas de financiamiento público o deseen pagar de manera privada, los honorarios por consejería se cobran de acuerdo a una escala deslizante diseñada para tomar en cuenta la capacidad del cliente de pagar por los servicios requeridos.

**Jueves 6:00-8:00 PM** Grupo de apoyo para personas con VIH  
Llamar a Gretchen Beesing, MSW, para inscribirse 305-576-1234

**Lunes 3:00-5:00 PM** Grupo en español. Llamar a Aida Petrlak para inscribirse 305-576-1234

**Jackson Memorial**

Martes 1:00-3:00 PM ¿Diagnóstico reciente? Nestor Chardon, Coordinador de Educación del Paciente, 305-243-8872.

<http://www.aidsnet.org/main/mdhaplinks/0309sfanenglish.pdf>

<http://www.aidsnet.org/main/mdhaplinks/0309sfanspanish.pdf>

<http://www.aidsnet.org/main/mdhaplinks/0309sfancreole.pdf>

North Miami + Friends. Martes 6:00 - 8:00 p.m. Llamar a Louis por el teléfono 305-496-5417

**Información del Departamento de Salud (gratuita dependiendo de los ingresos económicos):**

<a href="#">Miami Dade CHD-Downtown Clinic</a>	1350 NW 14 <sup>th</sup> St.	Miami	305-547-5588
<a href="#">Little Haiti Health Center</a>	300 NE 80 Terrace	Miami	305-325-3567
<a href="#">MDCH - P.E.T. CENTER</a>	615 Collins Avenue	Miami Beach	305-535-5540x107
<a href="#">Miami Dade CHD- West Perrine Health Center</a>	18255 Homestead Avenue	Miami-Dade	305-256-6315

**Escala deslizante para consejería psicosocial:**

Honorarios

Tamaño de la familia	A	B	C	D	E	F
	< 100%	101-150%	151-200%	201-250%	251-300%	>300% y más
% de la tarifa adeudada	\$1.00 Co-pago	20%	40%	60%	80%	100%

**Resumen:**

	100%	80%	60%	40%	20%
Evaluación detallada (Paciente nuevo)	\$195.00	\$156.00	\$117.00	\$78.00	\$39.00
Evaluación detallada (Paciente existente)	\$150.00	\$120.00	\$90.00	\$60.00	\$30.00
	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Terapia individual/Familiar	\$75.00	\$60.00	\$45.00	\$30.00	\$15.00
Grupo	\$25.00	\$20.00	\$15.00	\$10.00	\$5.00
Consulta	\$25.00	\$20.00	\$15.00	\$10.00	\$5.00
	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Elaboración del plan de tratamiento	\$150.00	\$120.00	\$90.00	\$60.00	\$30.00
Revisión del plan de tratamiento	\$75.00	\$60.00	\$45.00	\$30.00	\$15.00

## Acceso a la información

Usted puede tener acceso a aquella información cuyo conocimiento, según la opinión del terapeuta, no le perjudique de ninguna manera. Mediante solicitud por escrito puede tener acceso a las revisiones. Las copias de su información deben ser solicitadas por escrito y se entregarán previo pago de los costos de copiado.

Su tutor legal, de tenerlo, puede tener acceso a su información y participar en la planificación de su tratamiento.

## Programa de notificación a la pareja

El Departamento de Salud del estado de La Florida provee notificación confidencial y gratuita a las parejas que podrían estar expuestas a VIH o a otras infecciones transmitidas por vía sexual. Lo único que tiene que hacer es entregar la información de contacto de la persona que ha estado expuesta y el Departamento se encarga del resto. Se ofrece a la persona notificada la oportunidad de someterse a prueba y recibir tratamiento precoz, a fin de evitar poner en peligro su vida por una infección VIH no tratada o por una enfermedad transmitida por contacto sexual. Si desea usar un servicio de correo electrónico confidencial para notificar a la pareja que ha sido expuesta, visite [www.inspot.org/florida](http://www.inspot.org/florida)

## Convenio de confidencialidad

**A quien usted ha visto aquí  
Lo que usted ha visto aquí.  
Cuando usted salga de aquí,  
Permita que se quede aquí**

La confidencialidad implica la responsabilidad de salvaguardar a los clientes de cualquier divulgación no autorizada de su información. Como usted bien sabe, existen reglamentos éticos y legales sumamente estrictos que rigen la confidencialidad de la información conocida por los médicos clínicos. La información del cliente es tratada de manera confidencial por el personal clínico de Care Resource, con las siguientes excepciones: (1) Cuando usted constituya una amenaza para si mismo o para los demás (por ejemplo, intenciones suicidas u homicidas), (2) cuando su médico sepa o sospeche que usted abusa de un menor o de adulto vulnerable, (3) cuando este organismo o un representante del mismo haya recibido una orden judicial, una orden de comparecencia o de presentarse a una declaración bajo juramento.

Como cliente de Care Resource usted debe acatar ciertas reglas de confidencialidad. Los clientes deben sentirse seguros de saber que sus declaraciones y participación en Care Resource no serán reveladas a terceros, a excepción de los casos mencionados expresamente en la presente. El fundamento de la confidencialidad permite a cada cliente explorar plenamente sus sentimientos más íntimos en un ambiente seguro, sin temor a represalias o consecuencias negativas al regresar al mundo externo. Algunos clientes no quieren que sus familiares o amigos se enteren de que ellos están recibiendo servicios en Care Resource. Estamos en la obligación de respetar sus deseos..

Es su deber respetar la confidencialidad de los demás clientes de Care Resource. Esto significa específicamente, que usted no debe divulgar la identidad de ninguno de los clientes de Care Resource fuera de nuestros recintos. Usted no debe comentar nada de lo que escuche acerca de otros clientes de Care Resource. Con el objeto de protegerlo a usted y a los demás clientes de Care Resource, el cumplimiento de estos preceptos se vigilará con la más estricta rigidez.

## Limites de la confidencialidad

Es importante que sepa que existen ciertas limitaciones en cuanto a la confidencialidad de su información. Esto significa que podemos conceder acceso a la información existente en su expediente en los casos en los que lo exija la ley y/o las regulaciones pertinentes. Los siguientes son algunos ejemplos de estas limitaciones de la confidencialidad:

- Su expediente puede ser sometido a revisión por orden de un juez.
- Cuando consideremos que usted intenta hacerse daño a si mismo o a otra persona, nuestro deber ético y profesional es informarlo a quienes corresponda, dependiendo de las circunstancias.
- Cuando existan sospechas de que se está cometiendo abuso infantil o a algún adulto vulnerable nuestra obligación es reportarlo a las autoridades competentes.

care resource  
Your One Source

Otros profesionales asociados a sus cuidados pueden tener acceso a la información contenida en su expediente sin necesidad del consentimiento por escrito de su parte.

- Durante una emergencia médica estamos en la obligación de divulgar cualquier información que pudiera ser útil para el tratamiento impartido por el personal de emergencia.
- Usted puede ver su expediente mediante solicitud por escrito.
- Usted puede dar su consentimiento por escrito para que divulguemos a otras personas cualquier porción su expediente.
- Su información puede ser revelada a agentes del orden público cuando se haya cometido algún delito en los locales o contra algún miembro de nuestro personal.
- Quienes pagan tienen acceso a su información por razones de vigilancia, revisiones de calidad, revisiones de uso y emisión de informes de salud pública.
- Usted puede participar en la terapia de grupo. De ser así, usted y todos los demás miembros del grupo deben saber que todo lo que se diga en el grupo es de carácter privado. Esto incluye el nombre de los integrantes del grupo y cualquier problema que se mencione en el grupo. Nada de lo mencionado ahí debe ser comentado con otras personas que no pertenezcan al grupo. Sólo puede mantenerse la confidencialidad si los pacientes respetan y confían en los demás integrantes del grupo. El cliente que no cumpla con los preceptos de confidencialidad podrá ser excluido del programa.

### **Enunciado de los derechos del cliente**

Usted tiene una serie de derechos como cliente de Care Resource. Tenemos como objetivo asegurarnos de que siempre se le valore y sirva con el mayor profesionalismo posible. Usted puede esperar de nosotros lo siguiente:

1. Tengo derecho a ser tratado respetuosamente por el personal.
2. Tengo derecho a recibir los servicios sin discriminación por raza, edad, credo, nacionalidad, origen, sexo, orientación sexual, discapacidad o condición económica.
3. Tengo derecho a la confidencialidad (privacidad), salvo cuando yo pueda constituir un peligro para mi mismo o para los demás.
4. Tengo derecho a que se me asigne un profesional de la medicina.
5. Tengo derecho a participar activamente en la elaboración y revisión de mi plan individualizado de tratamiento. Esto incluye el derecho a conocer y reunirme con los profesionales responsables de mis cuidados, a enterarme de sus calificaciones profesionales y a conocer a su personal inmediato.
6. Tengo derecho a recibir el tipo de tratamiento menos restrictivo posible que satisfaga mis necesidades.
7. Tengo derecho a presentar quejas a través del procedimiento de agravios por escrito entregado en el momento de mi ingreso.
8. Tengo derecho a conocer los servicios brindados por Care Resource, incluyendo mis derechos y responsabilidades como cliente, antes de comenzar a recibir los servicios de Care Resource.
9. Tengo derecho a ser referido a los servicios y organismos pertinentes cuando mis necesidades estén fuera del alcance de los servicios suministrados por Care Resource.
10. Tengo derecho a dar mi consentimiento después de informado o a rechazar el tratamiento y ser informado de las consecuencias de dicho rechazo.
11. Tengo derecho a un entorno humano y seguro que me ofrezca protección razonable contra daños y el nivel de privacidad adecuado para mis necesidades personales.
12. Tengo derecho a solicitar cambios de terapeuta (cuando reciba terapia individual). Entiendo que los cambios de terapeuta sólo podrán efectuarse previa consulta con el Gerente de Servicios Psicosociales y el terapeuta asignado a mi caso.

### **Enunciado de las responsabilidades del cliente**

Como cliente de Care Resource usted también tiene una serie de responsabilidades. Queremos estar seguros en todo momento de que usted entiende sus responsabilidades y acepta crédito por el éxito de su tratamiento. Esperamos lo siguiente de usted:

1. Soy responsable de mantener la confidencialidad de los demás clientes.
2. Soy responsable de cumplir con los reglamentos del programa de tratamientos del Servicio Psicosocial.
3. Soy responsable de cumplir con el procedimiento de agravio, tal y como se describe en el Procedimiento de Agravio del Cliente, relativo a algún problema o inquietud.
4. Soy responsable de informar al terapeuta o a los gerentes de casos de los organismos que me brindan servicios que también estoy recibiendo servicios de Care Resource. Entiendo que la coordinación de servicios entre los distintos organismos será beneficiosa para mí.

5. Soy responsable de tratar respetuosamente a todos los miembros del personal, voluntarios y clientes de Care Resource. No desplegaré ninguna conducta abusiva verbal ni física.
6. Soy responsable de cumplir con el plan elaborado por mí y por mi terapeuta o gerente de casos.
7. Soy responsable de asistir a todas las citas programadas (gerencia de casos, terapia de grupo e individual). Soy responsable de avisar con 24 horas de anticipación mi inasistencia a alguna de las citas y soy responsable de reprogramarla con mi terapeuta o gerente de casos.
8. Soy responsable de mantenerme libre de drogas y alcohol siempre que me encuentre en los locales de Care Resource.
9. Soy responsable de mantener a mi terapeuta informado de cualquier cambio en mi condición (física, financiera, emocional).
10. Soy responsable en lo posible de mi propio transporte. Cuando no esté en capacidad de proveer mi propio transporte me comunicaré con mi gerente de casos primario para determinar los recursos disponibles.

### Procedimientos de Agravio

**Care Resource** trabajará con usted para tratar de resolver cualquier queja ANTES DE que se convierta en un agravio. Como cliente de **Care Resource** usted tiene derecho a presentar quejas o agravios en cualquier momento y tiene el derecho a esperar una pronta respuesta a las mismas. Recuerde que sólo debe presentar un agravio después de haber agotado todos los demás recursos disponibles para resolver su problema.

Siga los pasos descritos a continuación cuando piense que ha sido tratado injustamente o cuando considere que los servicios que está recibiendo no son satisfactorios para usted.

1. Indíquelo al miembro del personal que le brinda servicios que usted necesita hacer una cita para hablar acerca del problema o inquietud sobre los servicios de **Care Resource**. Puede que se le pida que presente su problema o inquietud por escrito.
2. Si usted y el miembro del personal que le brinda servicios no pueden llegar a una solución satisfactoria para ambos, usted puede solicitar una entrevista con el supervisor de la unidad, pidiéndole al miembro del personal que le programe una cita o contactando directamente a dicha persona para hacer una cita. El supervisor ayudará tanto al miembro del personal como a usted a resolver el problema.
3. Si el supervisor no puede ayudar ni al miembro de personal ni a usted a encontrar una solución satisfactoria para usted, usted puede introducir una queja formal bajo la forma de agravio y esperar que el supervisor investigue el agravio y obtenga los comentarios pertinentes del gerente del departamento. Usted puede esperar una respuesta a su presentación de agravio en el lapso de **cinco** días hábiles o antes, de ser posible.
4. Si no está satisfecho con la resolución del agravio, usted puede llevar su caso al próximo nivel en la organización. En esos casos usted puede pedir al supervisor que le consiga una cita con el gerente del departamento, o usted puede conseguir la cita por cuenta propia.
5. Si **Care Resource** no puede resolver su agravio de una manera justa y razonable para usted, usted tiene derecho a presentar su caso de agravio a un órgano de revisión externo para su resolución:

#### Contactos en el condado de Miami-Dade

- a. Para los clientes de Ryan White Care Act Parte A en el condado de Miami-Dade: 305 375-4742
- b. Para Medicaid o servicios financiados por el estado, tales como ARTAS o TANF: Florida Local Advocacy Council: 1-800-342-0825
- c. Para los clientes de los servicios de consejería, la prosecución adicional de un caso de agravio depende de la entidad que paga por sus cuidados o de la entidad que rige la conducta de su terapeuta. Entre estas entidades se encuentran: SFAN Coordinador de Garantía de la Calidad, (305) 585-5241. Ryan White Parte A Abuso de Sustancia y Salud Mental, condado de Miami-Dade, 305 375-4742;
- d. Abusos o descuidos de personas vulnerables: 1800-96A-BUSE

#### Contactos en el condado de Broward:

- a. Broward County Part A Grantee's Office: (954) 327-8750

**Garantías:**

- (1) He leído y se me ha hecho entrega de un ejemplar de los Procedimientos para la Presentación de Agravios. Los procedimientos me fueron explicados y entiendo su contenido.
- (2) Se me informó que si no me siento satisfecho con los resultados del procedimiento interno de agravios de **Care Resource**, puedo presentar mi caso directamente al condado de Miami-Dade (para los clientes de Ryan White Parte A) (305) 573-4002, o al Coordinador de Garantía de la Calidad de South Florida AIDS Network (para los clientes que reciben consejerías) (305) 584-5241. También se me ha informado que si considero que he sido objeto de abuso por parte del personal y/o del organismo, puedo ponerme en contacto con el Departamento de Niños y Familia del estado de La Florida a través del teléfono 1-800 96a-buse, y para Medicaid o los servicios financiados por el estado, tales como ARTAS o TANF, con Florida Local Advocacy Council a través del teléfono 1-800-342-0825.
- (3) En caso de que decida presentar un caso de agravio contra **Care Resource**, doy mi consentimiento para que se divulgue cualquier información confidencial relativa a ese caso específico que se encuentre contenida en mi expediente confidencial. Entiendo que la información suministrada voluntariamente en la planilla de agravio de **Care Resource**, o a través de cualquier otro método de comunicación, se utilizará para investigar la queja. Este consentimiento para la divulgación de información confidencial vencerá a los 90 días siguientes de la fecha en la que **Care Resource** reciba la notificación del caso de agravio. Entiendo que puedo retirar mi queja y detener el procedimiento de agravio en cualquier momento.
- (4) Se me ha asegurado que la presentación de un caso de agravio no impedirá que reciba los servicios para los que he sido considerado candidato, ni obstaculiza mi acceso a cualquiera de estos servicios.

**Preceptos del programa de tratamiento**

Para tener acceso a los servicios es necesario estar de acuerdo en acatar y cumplir con los siguientes preceptos y regulaciones establecidos por el Departamento de Servicios Psicosociales de Care Resource.

1. No tendré en mi poder, no usaré, venderé, regalaré ni recibiré ilegalmente ninguna droga, bebida alcohólica u otro tipo de sustancia ilícita mientras me encuentre en los locales de Care Resource o sus alrededores.
2. No desplegaré ninguna conducta sexual explícita hacia los miembros del personal, clientes, voluntarios u otras personas que se encuentre en los locales de Care Resource o sus alrededores.
3. Se preparará un Contrato de Tratamiento Individual por escrito previamente negociado por mi y mi terapeuta y/o el gerente de casos, y cualquier cambio en dicho contrato de tratamiento deberá llevar mi firmado y la firma de mi terapeuta y/o gerente de casos.
4. Trataré de permanecer libre de alcohol / droga durante mis citas y 24 horas antes de las mismas.
5. Notificaré a mi terapeuta y/o al gerente de casos con 24 horas de anticipación, la cancelación de cualquiera de mis citas.
6. Entiendo que más de 3 ausencias consecutivas podrían dar lugar a mi expulsión del programa, a menos que las mismas hayan sido aprobadas por mi terapeuta y/o el gerente de casos.
7. Me comprometo a cumplir los preceptos de confidencialidad tal y como han sido definidos en el Convenio de Confidencialidad.
8. No desplegaré ninguna conducta violenta ni haré amenazas físicas o verbales de violencia hacia los miembros del personal, clientes, voluntarios o bienes existentes en los locales de Care Resource o sus alrededores.

**AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

*Este aviso describe los casos en los que su información médica puede ser usada y divulgada al igual que los que usted puede hacer para tener acceso a dicha información. Sírvase leerlo detalladamente.*

**1. DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:**

- a. Para revisar, copiar (\*incluyendo copias en papel) y recibir información;
- b. Para solicitar cualquier enmienda a su información por estar incorrecta (aunque no estamos obligados a hacerlo);
- c. Para recibir una lista de las divulgaciones de su información no rutinarias o no autorizadas durante un período de 6 años;
- d. Para solicitar la restricción en cuanto al uso y divulgación de su información (aunque no estamos obligados a hacerlo);
- e. Para presentar una queja cuando considere que sus derechos han sido quebrantados\*; y
- f. Para recibir comunicaciones confidenciales.

*Para solicitar información acerca de sus derechos respecto a la información médica, llene y presente una solicitud por escrito al Gerente de Servicios de Investigación y Asistencia Médica: 3510 Biscayne Blvd, #300, Miami FL 33137, o al Supervisor de Servicios de Atención Médica, 830 East Oakland Park Blvd. Suite 121, Ft. Lauderdale, FL 33334*

**2. LA LISTA A CONTINUACION ILUSTRAN ALGUNOS CASOS EN LOS QUE SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL COMO PACIENTE PUEDE SER USADA O DIVULGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA MEDICINA. (No se requiere ningún consentimiento médico específico):**

- a. Para brindarle asistencia médica:
  - i. Por ejemplo, el equipo encargado de sus cuidados de salud puede compartir su información médica, incluyendo las observaciones hechas por los integrantes de dicho equipo, para los fines de determinar si usted está respondiendo bien al tratamiento y comunicarse con el especialista.
  - ii. Por ejemplo, podemos usar su información de cuidados de salud para contactarlo a usted para hacer una cita.
- b. Para facturar los servicios médicos
  - i. Por ejemplo, al enviar a su compañía de seguro una factura que contenga su diagnóstico, procedimientos realizados y artículos utilizados.
- c. Para nuestros servicios operacionales
  - i. Por ejemplo, podemos utilizar su información para actividades destinadas a mejorar la calidad y efectividad de nuestros servicios.
  - ii. Por ejemplo, nuestros socios comerciales podrían requerir su información confidencial para poder realizar tareas que les hemos encomendado. Entre los socios comerciales se encuentran las agencias de acreditación, los laboratorios, los hospitales estatales, nuestros abogados y contadores.

**3. A MENOS QUE USTED INDIQUE LO CONTRARIO PODREMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN:**

- a. A familiares y amigos involucrados en su caso.
- b. Para asuntos relativos a alternativas de tratamiento u otros asuntos de salud que pudieran ser beneficiosos para usted;
- c. Para actividades destinadas a recabar fondos, y
- d. Para recordarle sus citas.

Si usted tiene alguna objeción en cuanto a los usos y divulgaciones antes mencionado, notifíquelo por escrito al Gerente de Servicios de Investigación y Asistencia Médica: 3150 Biscayne, Blvd., #300, Miami, FL 33137, o al Supervisor de Servicios de Atención Médica; 830 East Oakland Park Blvd., Suite 121, Ft. Lauderdale, FL: 33334.

**4. ESTAMOS OBLIGADOS A USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (sin su consentimiento):**

- a. En los casos requeridos por la ley estatal o federal;
- b. A las autoridades de salud pública a nivel estatal y federal para la prevención de enfermedades;
- c. A los organismos de servicios de protección autorizados para recibir notificaciones de abuso, abandono y violencia doméstica;
- d. A los organismos de vigilancia gubernamentales;
- e. Cuando lo exija una orden judicial;
- f. Para el cumplimiento del orden público;
- g. Al investigador forense, médico forense o director de funeraria a fin de facilitar sus labores;

- h. Conforme a lo especificado en los protocolos de investigación (Aprobación de la IRB o de la Junta de Privacidad);
- i. Cuando sea necesario para prevenir alguna seria amenaza a la salud o a la seguridad;
- j. Cuando lo requieran los programas de compensación laboral;
- k. Cuando se trate de alguna demanda judicial o actuaciones similares; y
- l. Cuando lo requieran los Organismos de Seguridad e Inteligencia Nacional.

Cualquier otro uso distinto a los mencionados arriba está prohibido sin la autorización expresa de su parte. Usted tiene el derecho a revocar por escrito dicha autorización en cualquier momento, salvo en la medida en que ya nosotros hayamos actuado en concordancia con la misma.

**5. NUESTROS DEBERES:**

- a. Tenemos la obligación de mantener la confidencialidad de su información médica y de entregarle notificación de nuestras responsabilidades legales y prácticas de confidencialidad.
- b. Tenemos la obligación de cumplir con los términos de esta notificación.
- c. Nos reservamos el derecho de modificar los términos de esta notificación y de hacer circular la nueva notificación en cuanto entre en vigencia.

**6. \*DERECHO A INTRODUCIR QUEJAS:**

- a. Si usted recibe asistencia médica aquí y considera que los derechos que le corresponden de acuerdo a esta notificación han sido quebrantado de alguna manera, puede introducir una queja ante el Gerente de Servicios de Investigación y Asistencia Médica o ante el Supervisor de Servicios de Atención Médica. Si usted está recibiendo Servicios Psicosociales aquí, puede introducir su queja ante el Gerente de Servicios Psicosociales. Póngase en contacto con nuestra oficina por el teléfono 305-576-1234 y solicite la planilla para la presentación de quejas. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito.
- b. Si no está satisfecho con la manera como se ha manejado su queja, póngase en contacto con el Secretario de Salud y Servicios Humanitarios.
- c. La ley prohíbe cualquier forma de represalia por la presentación de una queja.

**7. INFORMACIÓN ADICIONAL:**

Para cualquier información adicional relativa a esta política contacte al funcionario encargado de asuntos de privacidad, 3510 Biscayne, BLD Suite 300, Miami, FL 33137, o llame al 305-576-1234 extensión 301. Consulte además los procedimientos para los casos de agravio mencionados previamente en este documento.

**Consentimiento para recibir tratamiento médico**

El suscrito, en calidad de paciente o representante autorizado, actuando en nombre y representación del paciente, convengo en someterme a todas las pruebas, medicamentos, tratamientos y procedimientos necesarios durante el estudio, diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad(es) por parte del personal médico y otros representantes y/o empleados de Care Resource.

Se me ha informado el nombre del médico principalmente responsable de mi caso, al igual que el nombre, profesión y relación profesional de las demás personas involucradas en mi caso, y de la posible participación de otros médicos y personal adicional en lo relativo a mis cuidados de salud.

Entiendo que, salvo en casos de emergencia o circunstancias extraordinarias, el personal no me someterá a ningún procedimiento médico mayor o que no sea de rutina sin que yo no haya tenido la oportunidad de conversar acerca del particular con un médico y haya dado mi consentimiento para ello.

Estoy consciente de que ni la medicina ni la cirugía son ciencias exactas y reconozco que no se me ha dado garantía alguna acerca de los resultados de los diagnósticos, exámenes u otros tratamientos recibidos en Care Resource.

Por medio de la presente autorizo a Care Resource para que mantenga, preserve y/o use, para fines científicos, de investigación, terapéutico, comerciales o docentes, u otros fines, a discreción propia, cualquier espécimen o tejido extraído de mi cuerpo durante mi tratamiento.

Por medio de la presente autorizo a la gerencia superior de Care Resource para que revise mi expediente médico con el propósito específico de evaluar la ininterrumpida calidad de los cuidados impartidos por su personal. Autorizo a la gerencia superior de Care Resource, además, para que use aquellas partes de mi expediente médico que fuere necesario para fines docentes o de disciplina de su personal, en el entendido que no se identifique que dichos expedientes se refieren específicamente a mi persona sin mi consentimiento expreso para hacerlo.

Por medio de la presente autorizo a los integrantes del personal médico y a otros investigadores clínicos para que buena fe mi expediente y resultados médicos para investigaciones médicas. No obstante lo anterior, mis récords no deberán ser identificados específicamente con mi nombre sin mi consentimiento expreso para hacerlo.

Doy mi consentimiento para que se divulgue mi información y expedientes médicos a otras instituciones, organismos, organizaciones de asistencia médica y proveedores de cuidados médicos que me hayan aceptado como paciente de cuidados médicos o institucionales. Doy además mi consentimiento para que se divulgue mi información médica a mi(s) compañía(s) asegurador(as) y/o a los fabricantes de productos farmacéuticos y sus respectivos agentes, para propósitos que incluyen, sin limitación, revisiones relativas al uso o a la garantía de su calidad, al igual que para respaldar las solicitudes de programas de asistencia a pacientes.

Por medio de la presente autorizo que se pague directamente a Care Resource cualquier beneficio que me corresponda recibir por concepto de cualquier reclamo pendiente y/o cobertura de seguro médico que de lo contrario me correspondería recibir, siempre que dichos pagos directos no sean superiores a los costos médicos o clínicos regularmente cobrados por dichos tratamiento. Convengo en que todas las copias fotostáticas, digitales o por fax de esta autorización tendrán la misma validez que su original.

**Declaraciones:**

HE LEIDO y doy MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO EN CARE RESOURCE.

HE LEIDO y entiendo EL ENUNCIADO DE LOS DERECHOS DEL CLIENTE.

HE LEIDO, entiendo y CONVENGO EN ACPTAR LAS RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE DE CARE RESOURCE TAL Y COMO HAN SIDO ESPECIFICADAS EN EL ENUNCIADO DE RESPONSABILIDADES.

He leído y entiendo que el incumplimiento de los preceptos del programa tendrá como consecuencia la inmediata revisión del caso por parte del personal y podría tener como resultado mi expulsión del programa. Además, el incumplimiento del Precepto No. 7 u 8 conducirá a mi inmediata expulsión de Care Resource.

He leído y entiendo que Care Resource mantiene un Convenio de Confidencialidad del Cliente conmigo a fin de asegurar mi confidencialidad y la confidencialidad de otras personas. Convengo en acatar estas normas en todo momento durante mi participación en los programas de Care Resource. Entiendo que cualquier quebrantamiento de la confidencialidad de un cliente de Care Resource conllevará a una entrevista con mi consejero y con el Gerente de Servicios Psicosociales quienes dejarán de prestarme servicios.

Por medio de la presente autorizo a Care Resource, a su personal y a sus voluntarios para que, directamente o a través de otros organismos o personas naturales, me brinden los servicios para los que he sido considerado candidato.

**Enunciado**

**Firma**

He recibido una copia de mi consentimiento para recibir tratamiento médico debidamente firmado

Fecha: \_\_\_\_\_

He recibido una copia del Procedimiento de Agravio de Care Resource.

Fecha: \_\_\_\_\_

He recibido una copia del Convenio de Confidencialidad del Cliente

Fecha: \_\_\_\_\_

He recibido una copia de los Preceptos del Programa

Fecha: \_\_\_\_\_

He recibido una copia de mis Derechos y Responsabilidades en Care Resource

Fecha: \_\_\_\_\_

He recibido material acerca de mi derecho a aceptar o rechazar los tratamientos

Fecha: \_\_\_\_\_

He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad

Fecha: \_\_\_\_\_

He sido informado acerca de mi derecho a formular Directivas Anticipadas, incluyendo el Testamento en Vida del estado de La Florida, Designación de un Substituto para mis decisiones de salud y el Testamento en Vida para Cuidados de Salud Mental

Fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo que los términos especificados en cualquier Directiva Anticipada que yo haya otorgado serán fielmente acatados por el centro de cuidados de salud y por las personas que me brinden dichos cuidados, en la medida permitida por la ley.

Fecha: \_\_\_\_\_

Sírvase marcar y firmar uno de los siguientes recuadros:

**HE** otorgado una Directiva Anticipada (Testamento en Vida, Designación de Substituto para Decisiones de Salud o Directiva Anticipada para Salud Mental) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**NO HE** otorgado una Directiva Anticipada (Testamento en Vida, Designación de Substituto para Decisiones de Salud o Directiva Anticipada para Salud Mental) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Miembro del personal que actúa como testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## El derecho de decidir del paciente

Cada adulto competente tiene el derecho de tomar decisiones con respecto a su salud, incluyendo el derecho de elegir o rehusar tratamiento médico.

Cuando una persona ya no puede tomar decisiones debido a un cambio físico o mental, tal como estar en coma o desarrollar demencia (como la enfermedad de Alzheimer), se considerará que está incapacitada. A fin de asegurar que las decisiones sobre el cuidado de la salud de una persona incapacitada aún se respeten, la legislatura de la Florida aprobó legislación pertinente a las directivas por anticipado de cuidado médico (Capítulo 765 de los Estatutos de la Florida). La ley reconoce el derecho de un adulto competente de redactar directivas por anticipado indicándole a su médico que proporcione, retenga o retire procedimientos que prolongan la vida; designar a otra persona para que tome decisiones en cuanto al tratamiento si la persona no puede tomar sus propias decisiones; y/o indicar el deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte.

Por ley, a los hospitales, asilos de ancianos, agencias de cuidado de la salud en el hogar, hospicios y organizaciones de mantenimiento de la salud (HMOs) se les requiere que provean a sus pacientes información escrita, como este folleto, relacionada con las directivas por anticipado de cuidado médico. Las reglas estatales que requieren esto incluyen las siguientes: 58A-2.0232, 59A-3.254, 59A-4.106, 59A-8.0245 y 59A-12.013 del Código Administrativo de la Florida.

### Preguntas acerca de las directivas por anticipado de cuidado médico

#### ¿Qué es una directiva por anticipado?

Es una declaración escrita u oral sobre la manera que usted quiere que se tomen las decisiones médicas en caso de que usted no pueda tomarlas por sí mismo y/o puede expresar su deseo de hacer una donación anatómica después de la muerte. Algunas personas las escriben cuando son diagnosticadas con una enfermedad que amenaza la vida. Otras ponen sus deseos por escrito mientras están saludables; otras como parte de la planificación de su caudal hereditario.

Tres tipos de directivas por anticipado son:

- Un testamento en vida
- Una designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico
- Una donación anatómica

Usted puede elegir completar uno, dos o los tres formularios. Este folleto provee información para ayudarle a decidir lo que mejor se ajusta a sus necesidades.

#### ¿Qué es un testamento en vida?

Es una declaración escrita u oral sobre la clase de cuidado médico que usted desea o no desea si llega un momento en que no puede tomar sus propias decisiones. Se llama testamento en vida porque entra en vigor mientras usted todavía está vivo. Usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico o con su abogado para asegurarse de que ha completado el testamento en vida de una manera en que se entiendan sus deseos.

#### ¿Qué es una designación de sustituto para cuidado médico?

Es un documento nombrando a otra persona como su representante para que tome decisiones médicas por usted si usted no puede tomarlas por sí mismo. Usted puede incluir instrucciones sobre el tratamiento que desea o no desea, de forma similar a un testamento en vida. También puede designar a un sustituto alterno.

#### ¿Cuál de ellos es mejor?

Dependiendo de sus necesidades individuales, usted querrá completar uno o una combinación de los tres tipos de directivas por anticipado.

#### ¿Qué es una donación anatómica?

Es un documento que indica su deseo de donar, a su fallecimiento, todo o parte de su cuerpo. Esto puede ser una donación de órganos y tejidos a personas que los necesitan, o la donación de su cuerpo para entrenamiento de trabajadores de cuidado de la salud. Usted puede indicar que quiere ser un donante de órganos designándolo en su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado (en la oficina de licencias de conducir más cercana a usted), firmando un formulario uniforme de donante (que aparece en otro lugar en este folleto), o expresando su deseo en un testamento en vida.

#### ¿Se me requiere tener una directiva por anticipado bajo las leyes de la Florida?



Your One Source

No, no hay ningún requisito legal que exija completar una directiva por anticipado. No obstante, si no ha hecho una directiva por anticipado, las decisiones acerca de su cuidado médico o una donación

anatómica podrán ser tomadas por usted por un tutor nombrado por el tribunal, su cónyuge, su hijo adulto, su padre, su hermano adulto, un pariente adulto o un amigo cercano.

La persona que tome decisiones por usted puede estar consciente o no de sus deseos. Cuando usted hace una directiva por anticipado y habla sobre ella con las personas significativas en su vida, esto asegurará mejor que sus deseos se lleven a cabo de la manera que usted quiere.

### **¿Debe un abogado preparar la directiva por anticipado?**

No, los procedimientos son sencillos y no requieren un abogado, aunque usted puede elegir consultar a uno. No obstante, una directiva por anticipado, ya sea un documento escrito o una declaración oral, tiene que ser atestiguada por dos testigos. Por lo menos uno de los testigos no puede ser un cónyuge o un pariente consanguíneo.

### **¿Dónde puedo encontrar formularios de directivas por anticipado?**

Las leyes de la Florida proporcionan una muestra de cada uno de los siguientes formularios: un testamento en vida, una designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico y una donación anatómica. En otro lugar en este folleto hemos incluido formularios de muestra así como recursos donde puede encontrar más información y otros tipos de formularios de directivas por anticipado.

### **¿Puedo cambiar de idea después de haber escrito mi directiva por anticipado?**

Sí, puede cambiar o cancelar la directiva por anticipado en cualquier momento. Cualquier cambio debe ser por escrito y estar firmado y fechado. No obstante, también puede cambiar una directiva por anticipado por medio de una declaración oral, la destrucción física de la directiva por anticipado, o escribiendo una nueva directiva por anticipado.

Si su licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado indica que usted es un donante de órganos, pero ya no desea esta designación, comuníquese con la oficina de licencias de conducir más cercana para cancelar la designación de donante y se le emitirá una nueva licencia o tarjeta.

### **¿Qué sucede si he escrito una directiva por anticipado en otro estado y necesito tratamiento en la Florida?**

Una directiva por anticipado completada en otro estado, como se describe en las leyes de ese estado, puede ser honrada en la Florida.

### **¿Qué debo hacer con mi directiva por anticipado si elijo tener una?**

Si designa a un sustituto para cuidado médico y un alterno, asegúrese de preguntarles si aceptan esta responsabilidad, de decirles cómo desea que se manejen los asuntos y de darles una copia del documento.

Asegúrese de que su proveedor de cuidado médico, su abogado y las personas significativas en su vida sepan que usted tiene una directiva por anticipado y dónde se encuentra. También querrá darles una copia.

Prepare un archivo donde pueda mantener una copia de su directiva por anticipado (y otros documentos importantes). Algunas personas mantienen los documentos originales en una caja de seguridad en el banco. Si lo hace, usted querrá tener copias en su casa o información con respecto a la ubicación de su caja de seguridad.

Mantenga una tarjeta o nota en su bolso o billetera que indique que usted tiene una directiva por anticipado y dónde se encuentra.

Si cambia su directiva por anticipado, asegúrese de que su proveedor de cuidado médico, su abogado y las personas significativas en su vida tengan la copia más reciente.

Si tiene preguntas acerca de su directiva por anticipado, usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico, su abogado o las personas significativas en su vida.

## **Más información acerca de las directivas por anticipado de cuidado médico**

Antes de tomar una decisión acerca de las directivas por anticipado, usted querrá considerar opciones adicionales y otras fuentes de información, incluyendo las siguientes:

Como alternativa a un sustituto para cuidado médico, o en adición al mismo, usted podría querer designar un poder de representación duradero. Por medio de un documento escrito, usted puede nombrar a otra persona para que actúe en

su nombre. Es similar al sustituto para cuidado médico, pero la persona puede ser designada para que realice varias actividades (financieras, legales, médicas, etc.). Usted puede consultar a un abogado para obtener información adicional o puede leer el Capítulo 709 de los Estatutos de la Florida.

Si elige a alguien como su poder de representación duradero, asegúrese de preguntarle a la persona si acepta esta responsabilidad, hable con él o ella sobre cómo desea que se manejen los asuntos y déle a la persona una copia del documento.

Si padece de una enfermedad terminal (o si tiene a un ser querido que está en estado vegetativo persistente), usted querrá considerar tener una Orden de No Resucitar (DNRO, por sus siglas en inglés) previa a la hospitalización. Una DNRO identifica a las personas que no desean ser resucitadas después de un paro cardíaco o respiratorio. La DNRO es un formulario amarillo específico disponible en el Departamento de Salud (DOH) de la Florida. Su abogado, su proveedor de cuidado médico o un servicio de ambulancia puede tener copias disponibles para su uso. Usted, o su representante legal, y su médico firman el formulario DNRO. Puede obtener más información en el sitio web del DOH en [www.doh.state.fl.us](http://www.doh.state.fl.us) o en [www.MyFlorida.com](http://www.MyFlorida.com) (escriba DNRO en estos motores de búsqueda de sitios web) o llame al (850) 245-4440.

Cuando usted es admitido a un hospital, la DNRO puede utilizarse durante su estadía en el hospital o el hospital puede tener su propio formulario y procedimiento para documentar una Orden de No Resucitar.

Si una persona elige donar, después de su muerte, su cuerpo para entrenamiento e investigación médica, la donación será coordinada por la Junta Anatómica del Estado de la Florida. Usted o sus sobrevivientes deben hacer arreglos con una funeraria local y pagar por el embalsamamiento preliminar y el transporte del cuerpo a la Junta Anatómica ubicada en Gainesville, Florida. Después de ser usado para educación o investigación médica, el cuerpo normalmente será cremado. Los restos cremados se devolverán a los seres queridos, si ellos lo solicitan en el momento de la donación, o la Junta Anatómica los esparcirá sobre el Golfo de México. Para obtener más información, comuníquese con la Junta Anatómica del Estado de la Florida llamando al (800) 628-2594 o visite [www.med.ufl.edu/anatbd](http://www.med.ufl.edu/anatbd).

Si desea leer más acerca de la donación de órganos y tejidos a personas que los necesitan, puede visitar el sitio web de la Agencia para la Administración del Cuidado Médico en <http://ahca.MyFlorida.com> (haga clic en el “Mapa del Sitio” y luego desplácese hacia abajo a “Donantes de Órganos”) o el sitio del gobierno federal en [www.OrganDonor.gov](http://www.OrganDonor.gov). Si tiene más preguntas, usted querrá hablar con su proveedor de cuidado médico.

Varias organizaciones también tienen disponibles formularios de directivas por anticipado. Un documento tal es “Five Wishes” (Cinco Deseos) que incluye un testamento en vida y la designación de un sustituto para cuidado médico. “Five Wishes” le da la oportunidad de especificar si usted desea alimento por tubo, ayuda con la respiración, medicamento para el dolor y otros detalles que puedan hacerlo más cómodo, tal como la música que desea escuchar, entre otras cosas. Puede obtener más información en:

Aging with Dignity (Envejecimiento con Dignidad) [www.AgingWithDignity.org](http://www.AgingWithDignity.org) (888) 594-7437

Otros recursos incluyen:

American Association of Retired Persons (Asociación Americana de Personas Jubiladas) [www.aarp.org](http://www.aarp.org) (Escriba “advance directives” en el motor de búsqueda del sitio web)

Su hospital local, asilo de ancianos, hospicio, agencia de cuidado de la salud en el hogar y su abogado o proveedor de cuidado médico pueden ayudarle con los formularios o proporcionarle más información.

Folleto: Asuntos relacionados con el fin de la vida [www.FloridaHealthFinder.gov](http://www.FloridaHealthFinder.gov) (888) 419-3456

## Testamento en vida

Declaración hecha hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_. Yo, \_\_\_\_\_, intencional y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi proceso de fallecimiento no se prolongue artificialmente en las circunstancias descritas a continuación y por este medio declaro que, si en cualquier momento quedo mental o físicamente incapacitado y

\_\_\_\_\_(iniciales) tengo una condición terminal,

**resource**

Your One Source

o \_\_\_\_\_(iniciales) tengo una condición en las etapas finales,  
o \_\_\_\_\_(iniciales) me encuentro en un estado vegetativo persistente,

y si mi médico que me está atendiendo o proporcionando tratamiento y otro médico consultor han determinado que no existe probabilidad médica razonable que me recupere de dicha condición, ordeno que se retengan o retiren los procedimientos para prolongar la vida cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir de forma natural con sólo la administración de medicamentos o cualesquiera procedimientos médicos que se consideren necesarios para proporcionarme comodidad o para aliviar el dolor.

Deseo \_\_\_\_, No deseo \_\_\_\_ que se me retenga o retire la nutrición y la hidratación (alimentación y agua) cuando la aplicación de dichos procedimientos sólo sirvan para prolongar artificialmente el proceso de morir.

Es mi intención que esta declaración sea honrada por mi familia y mi médico como la expresión final de mi derecho legal de rehusar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

En caso de que se haya determinado que no puedo proporcionar un consentimiento expreso e informado con respecto a retener, retirar o continuar los procedimientos que prolongan la vida, deseo designar como mi sustituto para llevar a cabo las disposiciones de esta declaración a:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo la importancia plena de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Firmado) \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_ Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

*Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.*

Definiciones de vocabulario encontrado en el formulario del Testamento en vida

“Condición en la etapa final” significa una condición no reversible causada por una herida o enfermedad que ha resultado en un deterioro progresivo severo y permanente y que hasta un grado de probabilidad médica razonable un tratamiento de la condición no será efectivo.

“Estado vegetativo persistente” significa una condición permanente y no reversible de estar inconsciente cuando no existe una acción voluntaria ni comportamiento cognitivo de cualquier tipo ni una habilidad de comunicarse o interactuarse al propósito con el medioambiente.

“Condición terminal” significa una condición causada por una herida o enfermedad de la cual no hay una probabilidad médica razonable de recuperarse y que, sin un tratamiento, pueda causar la muerte.

Estas definiciones originen de sección 765,101 de los Estatutos de la Florida. Se puede encontrar los Estatutos en su biblioteca local o en el sitio web [www.leg.state.fl.us](http://www.leg.state.fl.us).

### **Designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico**

Nombre: \_\_\_\_\_

En caso de que se haya determinado que no tengo la capacidad para proporcionar un consentimiento informado para el tratamiento médico y los procedimientos quirúrgicos y de diagnóstico, deseo designar como mi sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico a:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si mi sustituto no está dispuesto o no puede desempeñar sus deberes, deseo designar como mi sustituto alternativo a:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Entiendo completamente que esta designación le permitirá a la persona que he designado tomar decisiones y proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre; o solicitar beneficios públicos para sufragar el costo del cuidado médico; y autorizar mi admisión o transferencia de una instalación de cuidado médico.

Instrucciones adicionales (opcional):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Afirmo, además, que esta designación no se hace como una condición del tratamiento o la admisión a una instalación de cuidado médico. Notificaré y enviaré una copia de este documento a las siguientes personas además de a mi sustituto, de manera que puedan saber quién es mi sustituto.

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigos

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

*Por lo menos un testigo no puede ser el o la cónyuge o un pariente consanguíneo del mandante.*

### **Formulario uniforme de donante**

El suscrito por este medio hace una donación anatómica, si es médicamente aceptable, que entrará en vigor al fallecimiento. Las palabras y las marcas a continuación indican mis deseos (Escoja solamente una e las opciones detalladas a continuación):

- (a) \_\_\_\_\_ cualesquiera órganos o partes de órganos que sean necesarios
- (b) \_\_\_\_\_ sólo los siguientes órganos o partes de órganos para fines de transplante, terapia, investigación médica o educación:
- \_\_\_\_\_

(c) \_\_\_\_\_ mi cuerpo para estudio anatómico, de ser necesario. Limitaciones o deseos especiales, de haberlos:

\_\_\_\_\_

Firmado por el donante y los siguientes testigos en presencia los unos de los otros:

Firma del donante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del donante \_\_\_\_\_

Fecha de la firma \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_ Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Usted puede utilizar este formulario para indicar su decisión de ser un donante de órganos. También puede comunicar esta decisión en su licencia de conducir, o en su tarjeta de identificación del estado, a través de la oficina de renovación de licencias de conducir más cercana.

La tarjeta a continuación puede usarse como un método conveniente para informar a otros de sus directivas por anticipado de cuidado médico. Llene la tarjeta y córtela. Guárdela en su billetera o bolso. También puede hacer copias y colocar una en la puerta de su refrigerador, en la guantera de su automóvil o en otro lugar fácil de encontrar.

### Directivas por anticipado de cuidado médico

Yo, \_\_\_\_\_,  
he preparado las siguientes Directivas por anticipado:

- Testamento en vida
- Designación de sustituto para que tome decisiones acerca del cuidado médico
- Donación anatómica
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

----- DOBLE -----

#### Contacto:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Producido y distribuido por la Agencia para la Administración del Cuidado Médico de la Florida. Esta publicación puede copiarse para uso público. Para ver o imprimir otras publicaciones de la Agencia para la Administración del Cuidado Médico, visite

[www.FloridaHealthFinder.gov](http://www.FloridaHealthFinder.gov).