



## Formulario de consentimiento de acceso inmediato al Programa de Asistencia para la Profilaxis Preexposición

### Consentimiento de participación y de divulgación de información personal y médica

El Programa de Asistencia para la Profilaxis Preexposición (PrEP-AP) es un programa de subvención administrado por el Departamento de Salud Pública de California (CDPH) que subsidia determinados costos de medicamentos para la prevención de la infección por VIH y otros servicios médicos relacionados para las personas elegibles. Las personas elegibles pueden inscribirse en el acceso inmediato al PrEP-AP utilizando un portal de autoinscripción. El acceso inmediato al PrEP-AP ofrece una cobertura limitada y temporal de PrEP, profilaxis posexposición, pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS), pruebas de VIH y exámenes de detección de hepatitis. Las personas que solicitan el acceso inmediato al PrEP-AP deben cumplir con los estándares de elegibilidad. Los servicios solo están disponibles para adultos y menores (de 13 a 17 años) que sean VIH negativos.

Si decide inscribirse en el acceso inmediato al PrEP-AP, se le pedirá que se inscriba a través del portal de autoinscripción del Sistema de Inscripción de la ADAP (AES), donde se recopilará información personal como su nombre, fecha de nacimiento, dirección e historial médico (incluidos los análisis del VIH). La información se considerará confidencial, pero podrá ser intercambiada con los proveedores de atención médica, el personal del CDPH, los trabajadores de la inscripción al programa, los contratistas del CDPH asociados con la administración del programa y otras agencias gubernamentales o públicas, según sea necesario para los fines específicos de la administración del programa y la determinación de la elegibilidad de este. La información que usted facilite para solicitar el acceso inmediato al PrEP-AP también se puede poner a disposición de su departamento de salud local con fines estadísticos y de investigación. Esta información incluye, entre otros, su género, etnia, estado de su diagnóstico, código postal y fecha de nacimiento. Esta información también puede utilizarse para la investigación y redacción de ensayos con la absoluta garantía de que se eliminarán todos los datos identificativos, incluido su nombre. En los ensayos profesionales o de investigación que se publiquen no se utilizará su nombre ni ningún dato de identificación personal. Existen acuerdos de confidencialidad que garantizan la confidencialidad de la información de los clientes, excepto con el consentimiento específico del cliente o si la ley lo permite.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para la divulgación de información personal y médica a las entidades correspondientes y para los fines descritos anteriormente, según sea necesario para el acceso inmediato al PrEP-AP en la que estoy inscrito, o para solicitar servicios.

Este consentimiento tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de mi firma. Una fotocopia de este consentimiento tiene la misma validez que el original.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_