



**Programa de Asistencia con Medicamentos para Profilaxis Previa al a Exposición  
(PrEP DAP, por sus siglas en inglés)  
Acuerdo, Divulgación de Información y Asignación de Beneficios**

DOH 150-103 May 2017

**SECCIÓN 5: Acuerdo, Divulgación de Información y Asignación de Beneficios**

**Elegibilidad:** Para ser elegible para PrEP DAP, debe satisfacer ciertas condiciones. Por favor marque las casillas que mejor describan su riesgo actual de tener una infección por VIH-1. **Soy:**

**Estoy hombre o transgénero que tiene relaciones sexuales con hombres y tiene uno o más de los siguientes riesgos:**

(Marque todas las opciones que correspondan)

- Diagnóstico de gonorrea rectal o uretral, clamidia rectal o comienzos de sífilis en los últimos 12 meses.
- Uso de metanfetaminas o popper en los últimos 12 meses
- Antecedentes de intercambio de sexo por dinero, drogas, comida, refugio o transporte en los últimos 12 meses
- Practica sexo anal sin protección fuera de una relación monógama duradera

**Estoy en una relación sexual con alguien infectado con VIH que:**

- No sigue una terapia antirretroviral (Antirretroviral Therapy, ART)
- Sigue la ART pero no tiene supresión viral
- Inició la ART hace 6 meses
- Sigue la ART y tiene supresión viral

**Estoy en una relación sexual en la cual la pareja femenina está tratando de quedar embarazada**

**Soy una mujer que intercambia sexo por dinero, drogas, comida, refugio o transporte**

**Se inyecta medicamentos que no le ha prescrito un proveedor de salud**

**Acuerdo:** Solicito servicios (cobertura de TRUVADA®) del Programa de Asistencia con Medicamentos para PrEP (PrEP DAP). Al firmar al final de esta sección, declaro que he leído y entiendo esta solicitud y acepto lo siguiente.

**Tengo derecho a:**

- Ser tratado(a) con respeto, consideración y honestidad.
- Recibir servicios de PrEP DAP sin discriminación con base en mi raza, color, sexo/género, origen étnico, nacionalidad, religión, edad, clase, orientación sexual o capacidad física o mental.
- Que mis registros sean protegidos y tratados en forma confidencial.
- Presentar una apelación con respecto a las decisiones de elegibilidad y cobertura.

**Tengo la responsabilidad de:**

- Tratar al personal de PrEP DAP con respeto, consideración y honestidad.
- Proporcionar información verídica, correcta y completa.
- Cumplir con las pruebas y los tratamientos médicamente recomendados, incluyendo todas las actividades recomendadas en los estándares de práctica de PrEP actuales.

**Entiendo que:**

- Debo usar una farmacia aprobado por el Estado del Departamento de Salud de Washington.
- Debo notificar a la PrEP DAP de cualquier cambio que afecte mi elegibilidad. Estos cambios incluyen la dirección, la cobertura de seguro de salud y las condiciones de riesgo. Debo enviar esta notificación dentro de los 20 días del cambio. El no hacerlo puede dar lugar a la terminación de elegibilidad.
- Financiación PrEP DAP es limitado. Los servicios pueden cambiar o terminar con poca antelación. Actualmente, sólo Truvada está cubierto por el programa. Truvada está cubierta ya sea al costo total (con la aprobación) o co-pago (si es asegurado).
- Si doy información falsa o incompleta PrEP DAP puede negar o dejar de mi elegibilidad. Puede que tenga que pagar por los servicios que he recibido si no era elegible para ellos.
- PrEP DAP utilizar otros sistemas de datos estatales y federales y otra información para verificar la información que les doy.
- Debo responder a las solicitudes de PrEP DAP de información. El no hacerlo puede dar lugar a la terminación de la elegibilidad o la negación.

**Divulgación de información:** Autorizo a PrEP DAP a compartir la información de esta solicitud y de la documentación que obtuvo a través de proveedores contratados por PrEP DAP, farmacias, gestores de casos, navegantes, vendedores contratados y familiares/amigos que indique en la sección Representante Autorizado de esta solicitud. Otorgo este permiso por un año y 60 días desde la fecha en que firme esta autorización.

**Asignación de beneficios:** Por medio del presente, asigno al Departamento de Salud del Estado de Washington todos los derechos a recibir beneficios de medicamentos o médicos a los que yo pueda tener derecho bajo cualquier otro plan de asistencia o de seguro de cualquier otra tercera parte elegible. Doy mi consentimiento para la asignación de estos beneficios al Departamento de Salud del Estado de Washington, y entiendo que el Departamento de Salud del Estado de Washington tiene derecho al reintegro de los beneficios proporcionados en forma incorrecta o a los beneficios por los cuales es responsable una tercera parte.

Firma del Solicitante o Tutor Legal (**No dejar en blanco**)

Fecha de hoy (mm/dd/aaaa) (**No dejar en blanco**)

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

ID de PrEP DAP: \_\_\_\_\_

PÁGINA 1