



Autorización para divulgar el Status VIH

Al solicitante: Hemos entregado información personal sobre su status VIH a:

Punto de Acceso a Servicios Para Ancianos (ASAP)

Sus derechos

- Usted tiene derecho de que esta información se mantenga confidencial.
- Si usted es elegible para recibir los Servicios del Programa de Atención Domiciliaria, usted conserva este derecho, cualquiera que sea su decisión acerca del manejo de la información sobre su status VIH.
- Usted tiene derecho de indicar a la ASAP cuáles son sus deseos respecto a la divulgación de información sobre su status VIH a las entidades que participen en su atención.

Los posibles beneficios de permitir la divulgación limitada de su status VIH incluyen el compartir información y contar con una base común para tomar decisiones sobre la atención apropiada, entre ASAP, usted y quienes lo/la atienden.

Los posibles riesgos de permitir la divulgación limitada de esta información incluyen la posibilidad de una divulgación no autorizada de su status VIH.

Sus opciones

Por favor marque **UNA** opción:

- ☐ **No** doy permiso de divulgar ninguna información sobre mi status VIH.
- ☐ Autorizo que **solamente** los empleados apropiados de ASAP tengan acceso a información sobre mi status VIH con el objeto de manejar mis servicios.
- ☐ Autorizo que **solamente** los empleados apropiados de ASAP y empleados de entidades o centros encargados de mi atención directa tengan acceso a información sobre mi status VIH con el objeto de manejar mis servicios.

Por favor lea este formulario atentamente antes de firmar. Usted está informando al Punto de Acceso a Servicios Para Ancianos (ASAP) sobre sus instrucciones respecto de la divulgación de información sobre su status VIH.

Firma del Solicitante

Fecha

A la ASAP: Si el solicitante no escoge una de las opciones indicadas arriba, o si opta por no firmar este formulario, la información sobre su status VIH se mantendrá en estricta reserva.