

## Ryan White Service Provider Network

**ACUERDO POR CONSENTIMIENTO Y  
DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD  
PARA  
CUIDADO DE SALUD, ADMINISTRACION DE CASO  
Y/O SERVICIOS DE APOYO**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Identificación del Cliente: \_\_\_\_\_

Esta agencia, \_\_\_\_\_, es parte de una red de proveedores que han acordado en coordinar sus servicios para proveerle a usted cuidado de salud, servicios de administración de caso, servicios sociales y de apoyo así como coordinación en el cuidado familia/cliente.

Todos los clientes tienen derecho a recibir en todo momento un trato digno y humano, respetándose por completo la dignidad personal y el derecho a la privacidad. De conformidad con las leyes del Estado, todo expediente es confidencial. Toda la información de los clientes se hace disponible, sin previa autorización por escrito, a las agencias que proveen la ayuda económica así como a sus representantes, para asegurar la calidad y cumplir así con el requisito de los informes. La información dada a las agencias de ayuda económica para asegurar la calidad y los requerimientos de información serán transferidas utilizando un sistema de identificación por código para cada cliente. Toda otra información del cliente se mantendrá en el local de la agencia que provee el servicio en un lugar seguro cuyo acceso será limitado únicamente a miembros del personal de la agencia proveedora y personal de las organizaciones de ayuda económica que resguardan la calidad en el servicio.

He leído esta declaración, o me ha sido leída, y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y obtener sus respuestas, y manifiesto que entiendo su contenido. Entiendo que puedo revocar el presente Acuerdo de Consentimiento en cualquier momento. Si no fuera revocado por mi, este Acuerdo de Consentimiento es válido por el término de un año a partir de la fecha en que fue firmado. De la misma forma, este acuerdo expirará en ciento ochenta (180) días después de la terminación de servicios con esta agencia.

\_\_\_\_\_  
(Firma del cliente o representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de suscripción)

**NOTA:** Este documento **NO** autoriza la entrega de ninguna información del cliente. 9/19