Formulario de inscripción y consentimiento del participante

Indicaciones

Revise PRIMERO todos los objetivos y requisitos del programa con el cliente.

Al revisar los objetivos y requisitos del programa con el cliente, asegúrese de responder todas las preguntas antes de que el cliente firme.

Llama a Servicios al Miembro al (800) 556-0689 si tiene alguna otra inquietud.

Formulario de inscripción y consentimiento del participante

¿Cuál es el objetivo del programa?

Amida Care lanzará un programa de incentivos para la supresión de la carga viral para ayudar a que los miembros adultos de Amida Care que conviven con el VIH puedan lograr y mantener la supresión viral.

Para la mayoría de las personas que viven con el VIH, tomar medicamentos antirretrovirales (ARV) exactamente como los recetó su médico de atención primaria reducirá el nivel del virus del VIH en la sangre a un nivel muy bajo (a veces descrito como una carga viral "indetectable" o "supresión de la carga viral").

Las investigaciones muestran que las personas que conviven con el VIH que tienen una carga viral suprimida por los ARV a un nivel indetectable viven más tiempo, son más saludables y no pueden transmitir el virus del VIH a otras personas por vía sexual. La supresión de la carga viral se define como un resultado de laboratorio de carga viral de menos de 200 copias/ml.

Amida Care puede proporcionarle servicios y herramientas de apoyo que usted y su proveedor de atención primaria decidan para ayudarle a tomar sus medicamentos ARV con regularidad a fin de lograr la supresión viral. Si decide inscribirse en el programa y su carga viral es o se vuelve indetectable o viralmente suprimida (carga viral de menos de 200 copias/ml), recibirá un incentivo financiero de $100 por cada período de tres meses que permanezca indetectable.

Para poder inscribirte en el programa Viva su vida indetectable, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Debe ser HIV positivo
- Debe ser mayor de 18 años o menor emancipado.
- Debe estar activamente inscrito en Amida Care
- Debe aceptar asistir a una visita médica con su proveedor de atención primaria de VIH y hacerse un análisis de sangre de carga viral cada tres meses.
- Debe completar y firmar un formulario de consentimiento de la Organización Regional de Información de Salud (Regional Health Information Organization, RHIO) con respecto al acceso a sus registros médicos a través de los sistemas Bronx RHIO y Healthix.
- Debe aceptar utilizar las herramientas de cumplimiento de ARV recomendadas por el proveedor de atención primaria de VIH

Amida Care le alienta a participar en una evaluación de salud con su proveedor de atención primaria o Amida Care cerca del momento de la inscripción en LYLU y le pide que acepte unirse a las conferencias del caso con su proveedor de atención primaria y proveedor de servicios de apoyo, según sea necesario.

Formulario de inscripción y consentimiento del participante

Para cobrar el incentivo económico de $100 por trimestre (periodo de tres meses), se deben cumplir todos los siguientes requisitos:

- No puede estar inscrito en otro Programa de incentivos para la supresión de la carga viral al mismo tiempo.
- El consultorio de su médico debe enviar a Amida Care la evidencia de supresión viral (VL inferior a 200 copias/ml) en su prueba de carga viral más reciente durante el trimestre.
- Debe ser un miembro activo de Amida Care para recibir el pago del incentivo. Su pago del incentivo de $100 se agregará a su tarjeta VISA "Healthy Rewards" de Amida Care.

Para miembros que tienen supresión viral (VL menos de 200 copias/ml) durante al menos 12 meses seguidos:

- Hable con su médico acerca de revisar sus registros médicos para averiguar si califica para programar pruebas de carga viral con menos frecuencia.

Si ha estado suprimido viralmente durante 12 meses o más y su médico está de acuerdo en que usted califica para programar pruebas de carga viral con menos frecuencia, todavía es elegible para recibir el incentivo cada tres meses, siempre y cuando el consultorio de su médico envíe la evidencia a Amida Care cada tres meses.

Formulario de inscripción y consentimiento del participante

Nombre del participante e información de contacto:

Nombre del participante: | Inicial: | Apellido del participante:

Nombre preferido del participante: | Apellido preferido del participante:

Fecha de nacimiento: | N.° de CIN

Dirección n.° 1: | Dirección n.° 2:

Ciudad | Estado | Código Postal

Teléfono: | Teléfono celular (si difiere del anterior):

Correo electrónico del participante:

Proveedores de atención primaria de VIH:

Nombre del PCP de VIH: | Inicial: | Apellido del PCP de VIH:

Nombre de la Clínica: | Dirección de la Clínica:

Ciudad de la Clínica | Estado | Código Postal

Teléfono de la Clínica: | Correo electrónico de la Clínica

Si el Proveedor de Atención Primaria (PCP) mencionado anteriormente es diferente del que tiene Amida Care en el expediente, Amida Care actualizará sus registros para mostrar el nuevo Proveedor de Atención Primaria y le enviará una nueva tarjeta de identificación de Amida Care con la información corregida.

Formulario de inscripción y consentimiento del participante

Contacto de emergencia del participante:

Nombre del contacto de emergencia: _____ Inicial: _____ Apellido del contacto de emergencia: _____

Relación con el participante: _____

¿El contacto sabe de su situación frente al VIH?

☐ SÍ ☐ NO

Dirección n.° 1 de contacto de emergencia: _____

Dirección n.° 2 de contacto de emergencia: _____

Ciudad del contacto de emergencia _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del contacto de emergencia: _____ Celular del contacto de emergencia (si difiere del anterior): _____

Correo electrónico de contacto de emergencia: _____

Firma del participante: _____

Cuando firma este documento, acepta inscribirse y participar en el Programa de incentivos para la supresión de la carga viral Viva su vida indetectable. Si tiene alguna pregunta o hay algo que no entiende, por favor pregunte.

Firma del participante: _____

Nombre en imprenta del participante: _____

Fecha de la firma: _____