

## **Formulario de inscripción y consentimiento del participante**

### **Instrucciones**

Por favor, PRIMERO revise 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.

Llame a Servicios al Miembro si tiene preguntas adicionales al (800) 556-0689.

## Formulario de inscripción y consentimiento del participante

### ¿Cuál es el objetivo del programa?

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

Para la mayoría de las personas que viven con el VIH que toman medicamentos antirretrovirales (ARV) exactamente como los recetó su médico de atención primaria reducirán el nivel del virus del VIH en la sangre a un nivel muy bajo (a veces se describe como una carga viral “indetectable” o “supresión de la carga viral”).

Las investigaciones demuestran que las personas que viven con el VIH y que tienen una carga viral que los ARV suprimen a un nivel indetectable viven más tiempo, están más sanas y no pueden transmitir el virus del VIH a otras personas. La supresión de la carga viral se define como un resultado de laboratorio de carga viral de menos de 200 copias/ml.

Para ayudarlo a tomar sus medicamentos ARV con regularidad para lograr la supresión viral, Amida Care puede proporcionar servicios de apoyo y herramientas decididas por usted y su proveedor de atención primaria. Si decide inscribirse en el programa y su carga viral se vuelve indetectable (carga viral de menos de 200 copias/ml), se le otorgará un incentivo financiero de \$100 por cada trimestre que permanece indetectable.

### Para inscribirse en el programa Live Your Life Undetectable, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Debe ser VIH positivo
- Debe tener 18 años o más o ser menor emancipado.
- Debe estar inscrito activamente en Amida Care
- Acepte asistir a una visita médica con su proveedor de atención primaria de VIH y hágase un análisis de sangre de carga viral cada tres meses.
- Complete y firme un Formulario de consentimiento de la Organización Regional de Información de Salud (RHIO) (mediante un "sí" para el consentimiento) otorgando a Amida Care la aprobación para acceder a sus registros médicos a través de los sistemas del Bronx RHIO y Healthix.
- Acepte el uso de herramientas de adherencia al tratamiento antirretroviral (ARV) recomendadas por el proveedor de atención primaria de VIH, incluida la participación en los servicios de apoyo al menos una vez al mes.
- Complete una evaluación de salud al momento de la inscripción y acepte completar una reevaluación cada seis meses.

Acepte unirse a una conferencia de 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 financiero de \$100 por trimestre (período de tres meses), se deben cumplir todos los siguientes requisitos:**

- No puede estar inscrito en otro programa de Incentivo para Supresión de Carga Viral al mismo tiempo.
- El consultorio de su médico debe enviar a Amida Care la evidencia de supresión viral (VL menos de 200 copias/ml) en su prueba de carga viral más reciente durante el trimestre.
- El consultorio de su médico debe enviar la evidencia de la actividad de servicios de apoyo para el trimestre a Amida Care, como el asesoramiento sobre la adherencia a la medicación, la gestión de casos o el tratamiento de salud conductual.
- Debe ser miembro activo de Amida Care para recibir el pago del incentivos. Su pago de incentivos de \$ 100 se agregará a su tarjeta VISA "Healthy Rewards" de Amida Care.

**Para los miembros con supresión del virus (CV menor a 200 copias/ml) durante al menos 12 meses consecutivos:**

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

## Formulario de inscripción y consentimiento del participante

### Nombre del participante e información de contacto:

Nombre del participante:	Inicial:	Apellido del participante:	
Fecha de nacimiento:	N.º CIN		
Dirección 1:	Dirección 2:		
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono:	Teléfono celular (si difiere del teléfono):		
Correo electrónico del participante:			

### Proveedor 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 de lo que Amida Care tiene archivado, Amida Care actualizará sus registros para mostrar al nuevo Proveedor de Atención Primaria y le enviará una nueva tarjeta de ID de Amida Care con la información corregida.

### Nombre del participante e información de contacto del Proveedor de Servicios de Apoyo para el VIH:

Nombre del Proveedor de Servicios de Apoyo para el VIH:	Inicial:	Apellido del Proveedor de Servicios de Apoyo para el VIH:	
Programa de Servicios de Apoyo:	Dirección del Programa de Servicios de Apoyo:		
Ciudad del Programa de Servicios de Apoyo	Estado	Código postal	

## Formulario de inscripción y consentimiento del participante

Teléfono del Programa de Servicios de Apoyo:

Correo electrónico del Programa de Servicios de Apoyo

### Contacto del participante en caso de emergencia:

Nombre del contacto en caso de emergencias:

Inicial:

Apellido del contacto en caso de emergencia:

Relación con el participante:

¿El contacto está al tanto de la situación frente al VIH?

SÍ

NO

Dirección 1 del contacto en caso de emergencia:

Dirección 2 del contacto en caso de emergencia:

Ciudad del contacto en caso de emergencias:

Estado

Código postal

Teléfono del contacto en caso de emergencia:

Teléfono celular del contacto en caso de emergencia (si difiere del teléfono):

Correo electrónico del contacto en caso de emergencias:

### Firma del participante:

Al firmar este documento, usted acepta inscribirse y participar en el programa de incentivos de supresión de la carga viral de Live Your Life Undetectable. Si tiene alguna pregunta o hay algo que no entiende, por favor pregunte.

Firma del participante:

Nombre del participante en imprenta:

Fecha de la firma: