

Gestión de casos no médicos relacionados con el VIH

Descripción general del acuerdo de participación informada



DESCRIPCIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS NO MÉDICOS RELACIONADOS CON EL VIH

La gestión de casos no médicos relacionados con el VIH es una forma especializada de gestión para individuos diagnosticados con la infección por el VIH. La gestión de casos no médicos consiste en actividades orientadas a objetivos que crean, ubican, coordinan y supervisan una amplia gama de servicios sanitarios y sociales relacionados con el VIH. Los coordinadores de servicio no médicos ayudan a las personas con VIH, incluidas aquellas elegibles para Medicaid, a obtener acceso a servicios médicos, psicológicos, sociales u otros servicios necesarios.

Servicios de gestión de casos no médicos (NMCM) ofrecen orientación y asistencia para acceder a servicios médicos, sociales, comunitarios, legales, financieros y otros servicios necesarios. También pueden incluir ayuda para obtener acceso a programas públicos o privados como Medicaid, la Parte D de Medicare, programas estatales de asistencia farmacéutica, programas de asistencia al paciente de fabricantes farmacéuticos u otros servicios estatales o locales, o planes del Mercado de Seguros Médicos. Esta categoría de servicios incluye varios métodos de comunicación en persona, por teléfono y cualquier otra forma de comunicación que el beneficiario del programa RWHAP considere adecuada. Las actividades clave incluyen:

- Evaluación inicial de las necesidades de atención.
- Desarrollo de un plan de atención integral e individualizado.
- Monitoreo continuo del cliente para evaluar la eficacia del plan de cuidados.
- Reevaluación del plan de cuidados por lo menos cada 6, adaptándolo según sea necesario.
- Evaluación continua de las necesidades del cliente, los miembros claves de su familia y de los sistemas de apoyo personal

Los servicios de gestión de casos no médicos tienen como objetivo ofrecer orientación y asistencia para mejorar el acceso a los servicios necesarios, mientras que los servicios de gestión de casos médicos tienen como objetivo mejorar los resultados del cuidado de la salud.

Se debe mantener un nivel mínimo de contacto entre el cliente y el coordinador de servicios no médico durante la realización de las actividades mencionadas anteriormente y de acuerdo con las pautas del programa estatal de coordinación de servicios no médicos para el VIH. El cliente y el Coordinador de servicios no médicos deben tener contacto basado en las necesidades del cliente y con la evaluación de dichas necesidades. El NMCM (Coordinador de Servicios No Médicos) puede determinar con el cliente la frecuencia de las reuniones basándose en la evaluación de las necesidades. Todas las reuniones deben documentarse en CAREWare con notas claras y planes de cuidado.

De acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos, los servicios pueden darse por terminados por mutuo acuerdo si un cliente ya no siente que necesita la asistencia. La terminación también puede ocurrir si no hay suficiente contacto con el cliente para justificar el mantenimiento de su expediente o si el cliente representa una amenaza o alteración para el personal de la Coordinación de Servicios (o si, de cualquier otra manera, se considera que no cumple con las directrices de la agencia).

Gestión de casos no médicos relacionados con el VIH

Descripción general del acuerdo de participación informada



LIBERTAD DE ELECCIÓN

La Coordinación de Servicios No Médicos para el VIH asegura la libertad del cliente para elegir servicios, proveedores, sitios y la Coordinación de Servicios No Médicos, en la medida de lo posible. Los clientes deben participar plenamente en determinar los servicios apropiados. Las agencias deben comunicarse entre ellas en casos compartidos. **Los clientes no deben ser inscritos a los servicios de la agencia sin su conocimiento.**

ELEGIBILIDAD DEL CLIENTE

Los requisitos para la elegibilidad de facturar a Ryan White por los clientes:

- 1) Mantener su residencia legal en Indiana;
- 2) Prueba de estado de VIH;
- 3) Confirmar que los niveles de ingresos están por debajo del 300% del nivel federal de acuerdo con el número de personas en el hogar.

Para los clientes con ingresos superiores también se les podrán brindar servicios, los clientes que no son elegibles para los servicios sólo pueden facturarse al contrato financiado por el estado CAREWare.

Si un cliente se muda o cambia de domicilio dentro del estado, pasando a residir en una nueva región, deberá notificar esta intención tanto al centro de atención actual como al nuevo. Ambos centros de asistencia deberán de mantener comunicación sobre las necesidades de los clientes y deberán trabajar en conjunto para asegurarse que el cliente tenga una transición satisfactoria.

Gestión de casos no médicos relacionados con el VIH

Descripción general del acuerdo de participación informada



He recibido una explicación sobre los servicios de gestión de casos no médicos relacionados con el VIH. He revisado y comprendido la descripción y, por este medio, acepto participar en este programa del Departamento de Salud del Estado de Indiana (IDOH).

Me gustaría recibir la coordinación de servicios no médicos en _____

Me han explicado el programa y entiendo que:

1. La coordinación de servicios no médicos relacionados con el VIH no tienen ningún costo para mí.
2. Tendré un coordinador de servicios no médicos que colaborará conmigo, con mi familia de elección y/o con mi representante designado.
3. El coordinador de servicios no médicos y yo, o mi representante designado identificaremos mis necesidades y juntos desarrollaremos un plan de atención.
4. El coordinador de servicios no médicos me ayudará a encontrar los servicios que necesito y colaborará con los organismos pertinentes para ayudarme a atender mis necesidades médicas, económicas, legales, psicosociales y de otro tipo.
5. Es posible que algunos servicios no estén disponibles y que mis coordinadores de servicios no médicos no puedan encontrarlos.

También entiendo que:

1. Puedo terminar la coordinación de servicios no médicos en cualquier momento, pero debo notificarle a mi coordinador de servicios no médico sobre mis intenciones.
2. Puedo solicitar el traslado a otra agencia si considero que mis necesidades no se satisfacen en la agencia actual. Si deseo cambiar de agencia, debo notificar tanto al proveedor actual como al nuevo mi intención de trasladarme.
3. El centro de asistencia y/o mi coordinador de casos no médico pueden decidir suspender la prestación de servicios tras avisarme con la debida antelación y ayudarme a encontrar otro proveedor de servicios de coordinación de casos no médicos relacionados con el VIH, si hay alguno disponible.
4. Se mantendrá mi confidencialidad, de acuerdo con los estatutos del Estado de Indiana. La información que he proveído se mantendrá como parte de mi expediente. La información del expediente electrónico se almacenará en una base de datos segura llamada CAREWare.
5. Bajo los estatutos del estado, el centro de asistencia está obligado a notificar a las autoridades apropiadas (identificándome por mi nombre) si se presentara cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - Estoy claramente en peligro inmediato de hacerme daño;
 - Estoy en peligro de lastimar a otras personas;
 - Existe la sospecha de que se ha producido un caso de maltrato o negligencia hacia un menor u otra persona dependiente;
 - Estoy participando en actividades sexuales o compartiendo agujas con otra persona,

Gestión de casos no médicos relacionados con el VIH

Descripción general del acuerdo de participación informada



y no le comunico a esa persona que soy seropositivo;

- Existe una orden judicial de acuerdo con la ley del Estado, que exige la divulgación de información.
6. Con mi firma a continuación autorizo que los datos relevantes sobre mi estado serológico respecto al VIH e información personal sólo con las personas con necesidad legítima de conocerla, para poder proporcionarme una atención integral. Esto incluirá al personal de gestión del programa estatal de gestión de casos no médicos relacionados con el VIH perteneciente al IDOH, así como al personal correspondiente de las agencias contratadas que forman parte de la red de dicho programa. La divulgación de información a otras entidades será autorizada solo bajo mi consentimiento por escrito.

Mi firma a continuación confirma mi intención de participar en el programa de coordinación de servicios no médicos para el VIH del Departamento de Salud del Estado de Indiana. Yo entiendo y doy consentimiento a las condiciones mencionadas anteriormente.

X _____
Nombre del cliente/ tutor / apoderado:

Fecha _____

X _____
Firma del cliente/tutor/apoderado:

Fecha _____