



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARIA AUXILIAR DE SERVICIOS PARA LA SALUD INTEGRAL

División de Prevención y Control de Enfermedades

Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS DEL COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS CLÍNICOS PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B / ADAP

Aprobado por: _____

Directora

Actualizada: 20 de enero de 2025

Versión

Versión	Editores (as)	Fecha de Revisión	Descripción del Cambio
1	Wanda I. Rivera Rojas, MTS	Marzo de 2012	Documento original
2	Wanda I. Rivera Rojas, MTS	Febrero de 2016	Actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS).
3	Wanda I. Rivera Rojas, MTS Angela Lozada Sinisterra, PsyD Norma I. Delgado Mercado, PhD	Diciembre de 2019	Atemperar las sugerencias de HRSA y actualización anual de las guías de nivel de pobreza del Departamento de Salud Federal y Servicios Humanos (HHS).
4	Wanda I. Rivera Rojas, MTS Angela Lozada Sinisterra, PsyD Norma I. Delgado Mercado, PhD Andrea Vázquez Quiles, MPH	Julio de 2021	Actualización de la Guía con Formatos en PDF "Fillable" y sin el requerimiento de la firma del paciente en algunos de los documentos. Cambios en el Plan Individualizado de Cuidado. Integración de preguntas sobre vivienda en el Historial Biopsicosocial y en el Plan y Actualización del Plan Individualizado de Cuidado.
5	Angela Lozada Sinisterra, PsyD Norma I. Delgado Mercado, PhD Andrea Vázquez Quiles, MPH Verónica García Ramírez, BSc	Junio de 2022	Revisión general de todo el contenido y estructura de la guía. Se actualizó el formato y contenido de los formularios de Manejo de Caso Clínico. Se adaptó el texto de la guía para complementar las actualizaciones de documentos y anejos.
6	Angela Lozada Sinisterra, PsyD Norma I. Delgado Mercado, PhD Sarahí Rodríguez De Jesús, MPH	Diciembre de 2023	Se revisa el documento en su totalidad. Los cambios sustantivos son los siguientes: se añade el organigrama actualizado del Programa, se eliminan los servicios relacionados al Covid-19 pues estos servicios ahora serán responsabilidad mayormente de RN y MD, se añade tele-psiquiatría como parte de los servicios esenciales, se actualiza el Plan Individualizado de Cuidado, entre otros.

Versión	Editores (as)	Fecha de Revisión	Descripción del Cambio
7	Angela Lozada Sinisterra, PsyD Norma I. Delgado Mercado, PhD Sarahí Rodríguez De Jesús, MPH	Octubre 2024	Adaptar la Guía en referencia para que refleje los cambios relacionados a la implementación del expediente médico electrónico en los CPTETs, de manera que de forma transitoria pueda encontrarse información sobre las intervenciones de Manejo de Caso tanto en el expediente físico como en el electrónico. De igual manera se reconoce en el Capítulo III de esta Guía: Procedimiento del Servicio Directo del Manejo de Casos Clínico, que las intervenciones (documentos) pueden nombrarse de manera distintas o tener un formato diferente en relación a orden y espacio en el Expediente Médico Electrónico y en algunos casos en el CareWare. También se añade como parte de los objetivos del MCC lo relacionado a completar y orientar sobre el Formulario de Elegibilidad a Servicios Ryan White y la autorización a registrar la información del participante en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico.
8	Angela Lozada Sinisterra, PsyD Norma I. Delgado Mercado, PhD Myrna Agosto Martinez, MSW	Enero 2025	Adaptar la Guía en referencia para que refleje los cambios solicitados en la Orden Ejecutiva del 29 de enero del 2025.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I. Introducción	5
Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act Of 2009.....	5
Programa Ryan White Parte B/ADAP.....	6
Capítulo II. Metas y objetivos del sistema de manejo de caso clínico.....	10
Metas.....	10
Objetivos.....	10
Estrategias Generales de Intervención del Manejador De Caso Clínico	11
Ley HIPAA.....	12
Capítulo III. Procedimiento del Servicio Directo del Manejo de Casos Clínico.....	13
Servicio Directo del Componente de Manejo de Caso Clínico	13
1. Fase Inicial.....	13
2. Fase de Seguimiento en la Identificación de Necesidades	16
3. Criterios para Transferencia/Terminación de Servicios	19
Capítulo IV. El rol de manejo de casos en el proceso de retención y búsqueda	21
Entrada a Servicios Clínicos.....	21
Búsqueda de Casos.....	21
Capítulo V: El Rol de Manejo de Casos en el Proceso de Elegibilidad para el Programa “Aids Drugs Assistance Program” (ADAP).....	23
Capítulo VI: El Sistema de Manejo de Caso Clínico como facilitador en la participación de consumidores en los Foros Comunitarios del Programa Ryan White Parte B/ADAP	24
Grupo de Planificación Ryan White Parte B/ADAP	24
Comité de Calidad Ryan White.....	24
Comité Asesor de ADAP.....	24
Capítulo VII: El Componente de Calidad en el Sistema de Manejo de Casos Clínico.....	25
Proceso de Medición de Calidad del Sistema de Manejo de Casos Clínico.....	25
Capítulo VIII: Sistema de Información Estadística del Sistema de Manejo de Caso Clínico	26
CareWare	26
Bibliografía.....	28
Anejos (Formularios para intervenciones en el Expediente Físico)	29

Capítulo I. Introducción

Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act of 2009

La Ley Ryan White es una legislación aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en 1990, enmendada en los años 1996, 2000, 2006 y 2009 bajo el nombre de *Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act* (Ley Pública Federal 111-87, octubre 2009). El propósito de la legislación es atender las necesidades no cubiertas de las personas con diagnóstico positivo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) mediante la subvención de servicios esenciales de cuidado médico y de apoyo, que mejoren el acceso y la retención del paciente en el continuo de cuidado. A través de la agencia federal *Health Resources and Services Administration* (HRSA) se asignan fondos a las diferentes jurisdicciones de los Estados Unidos, incluyendo a Puerto Rico, para el desarrollo e implementación de sistemas de servicios que combatan esta epidemia. Estos fondos constituyen la mayor fuente de financiamiento federal de los servicios de salud y de apoyo a la población con diagnóstico positivo al VIH en Puerto Rico.

Las estipulaciones de esta ley establecen que estos fondos no pueden ser utilizados para reemplazar fondos previamente asignados a nivel local o estatal, ni pagar por servicios que se pueden cubrir con otros programas, tales como Medicaid/Medicare, programas locales o estatales o seguros médicos privados. La ley establece que **“los fondos recibidos no pueden ser utilizados para realizar pagos por ningún artículo o servicio cuando dicho pago se haya realizado, o pueda razonablemente hacerse con fondos de otras fuentes que no sean fondos Ryan White.”** [Secc. 2617(b)(7) (F)].

Los programas que incluye la ley son:

- ⚡ **Parte A:** Subvencionan Áreas Metropolitanas Elegibles (EMAs, por sus siglas en inglés), las cuales son identificadas por HRSA como áreas urbanas impactadas significativamente por la epidemia del VIH/SIDA, utilizando unas métricas de incidencia y prevalencia específicas. Estos fondos son dirigidos a ciudades y utilizados para aumentar el acceso a los servicios de cuidado primario y de apoyo. En Puerto Rico la ciudad de San Juan administra los fondos del EMA.
- ⚡ **Parte B:** Estos fondos están dirigidos al estado y están diseñados para proveer servicios de salud y apoyo a las personas con diagnóstico positivo al VIH. Además, apoya con medicamentos las Partes A, C y D. En Puerto Rico el Departamento de Salud recibe y administra estos fondos.
- ⚡ **Parte C:** Programas dirigidos a centros clínicos comunitarios de salud primaria, sin fines de lucro que reciben fondos para servicios mayormente de intervención temprana. En Puerto Rico estos fondos son administrados por diez (10) centros clínicos sin fines de lucro.
- ⚡ **Parte D:** Programas que buscan garantizar los servicios psico-socioeducativos y un cuidado médico integral a todos los infantes, niños/as, jóvenes, mujeres con diagnóstico positivo al VIH y sus familiares. En Puerto Rico estos fondos son administrados por la Universidad de Puerto Rico – Recinto de Ciencias Médicas; Proyecto CEMI y Puerto Rico CoNCRA (Jóvenes).
- ⚡ **Parte F:** Estos fondos subvencionan los servicios de los AIDS Education and Training Centers (AETC) cuyos fondos se utilizan para la educación y adiestramientos multidisciplinarios sobre VIH/SIDA para los proveedores de salud. En Puerto Rico, la entidad con esta misión es el Northeast/Caribbean AETC en el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. También bajo la Parte F de la ley se subvencionan los proyectos dirigidos a las minorías más afectadas por el VIH (MAI, por sus siglas en inglés) y los proyectos de investigación conocidos como SPNS (*Special Projects of National Significance*).

En Puerto Rico, el **Departamento de Salud** es el recipiente de los fondos otorgados por la Parte B/ADAP haciéndolo responsable del desarrollo e implementación del plan comprensivo de servicios, cuidado de salud y apoyo para la población con diagnóstico positivo al VIH/sida en la jurisdicción.

Programa Ryan White Parte B/ADAP

El Programa Ryan White Parte B/ADAP está adscrito a la Secretaría Auxiliar de Servicios para la Salud Integral, División de Prevención y Control de Enfermedades bajo la Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles del Departamento de Salud; mediante la ley Ryan White administra los fondos dirigidos a **suplir la prestación de servicios y medicamentos a la población médico-indigente con VIH/SIDA en el país**, elegible al Programa, a través de su red de proveedores.

Metas

1. Asegurar acceso a servicios de tratamiento clínico y medicamentos para las personas con diagnóstico positivo al VIH/SIDA elegibles, residentes en Puerto Rico, mediante el auspicio de servicios con fondos federales provistos a través del “Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act” de 2009.
2. Asegurar el continuo de cuidado a través del acceso a servicios clínicos y adherencia a tratamiento en las personas con diagnóstico positivo al VIH que conocen su estatus y no están recibiendo servicios a través de su red de proveedores clínicos, entre ellos los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) del Departamento de Salud.
3. Proveer servicios esenciales y de apoyo para el tratamiento de personas con diagnóstico positivo al VIH/SIDA en Puerto Rico a través de la contratación de Agencias Coordinadoras en las siete Regiones de Salud.
4. Mejorar la calidad de los servicios provistos a personas con diagnóstico positivo al VIH/SIDA en la red de proveedores del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Red de proveedores

El Programa Ryan White Parte B/ADAP, a través de la asignación de recursos, el propio Departamento de Salud, entidades privadas sin fines de lucro y otros proveedores ofrece aquellos servicios necesarios a la población con diagnóstico positivo al VIH de acuerdo con la particularidad de cada área geográfica en la Isla. Al presente, el Programa cuenta con **60 entidades de servicios/proveedores** que se dividen en tres categorías:

- a. *Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud*- ocho (8) clínicas regionales. En los CPTETs se ofrecen servicios preventivos y de tratamiento a personas con VIH, hepatitis virales, tuberculosis y enfermedades sexualmente transmisibles (**Ver Figura 1**).
- b. *Proveedores de la red externa de ADAP*- 45 centros clínicos de VIH (sub-recipientes o recipientes de fondos Ryan White A, C y/o D; centros comunitarios privados o municipales; entre otros)
- c. *Agencias coordinadoras de base comunitaria*- Siete (7) programas de agencias sin fines de lucro, ubicadas en cada región de salud.

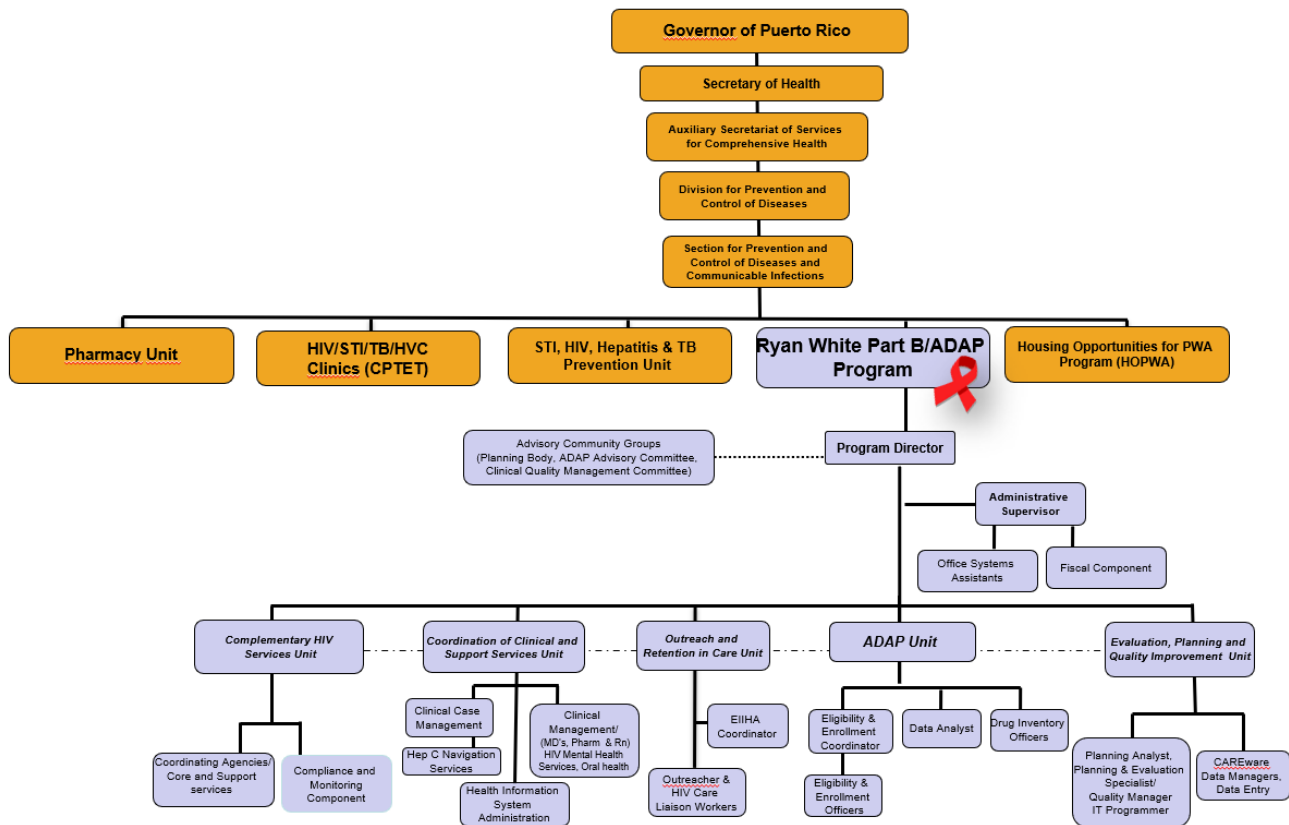
Figura 1. Servicios esenciales para el tratamiento del VIH en los CPTETs
Enero 2025



Nota: Los CPTETs que no tienen farmacias institucionales, cuentan con farmacias de comunidad que despachan los medicamentos subvencionados por ADAP a participantes elegibles del CPTET.

El Programa Ryan White Parte B/ADAP se divide actualmente en **cinco unidades programáticas esenciales** para cumplir con su responsabilidad de velar por la provisión eficiente de medicamentos, servicios de salud y apoyo a las personas con VIH y a sus familiares, residentes en Puerto Rico; asegurando el acceso a servicios de calidad y cumpliendo con los estatutos federales y estatales (Figura 2).

Figura 2: ORGANIGRAMA PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP



1. **Unidad de Servicios Complementarios para el VIH;** cuyo propósito es administrar, planificar, evaluar y velar por la calidad de los servicios de salud que se ofrecen a la población con VIH/SIDA, a través de las organizaciones de comunidad contratadas. Esta unidad cuenta con dos componentes principales: la administración y supervisión programática de siete Agencias Coordinadoras (AC) de base comunitaria contratadas a través de la isla para ofrecer servicios esenciales y de apoyo a la población con VIH elegible, como pagador de último recurso; y el componente de cumplimiento y monitoría programática y fiscal, el cual es responsable de hacer una visita de monitoría al año a cada AC y proveedor de servicios del Programa (incluyendo ADAP) siguiendo los HRSA's Monitoring Standards.
2. **Coordinación de Servicios Clínicos y de Apoyo;** estructura y supervisa los servicios de manejo de caso clínico, psicología de cuidado primario y otros servicios clínicos y de apoyo que subvenciona el Programa en los CPTETs (conocidas como clínicas de inmunología) en las ocho regiones de salud. Esta unidad cuenta con los siguientes componentes: Manejo de Caso Clínico y Trabajo Social, Psicología del cuidado primario/psicología de la salud, Servicios clínicos ambulatorios, que incluye médicos, dentista, enfermeras y servicios de farmacia. Además, provee apoyo y asistencia técnica a los Departamentos de Manejo de Información de Salud y subvenciona técnicos y oficinistas para cada uno de esos departamentos. La Coordinadora de Servicios Clínicos y de Apoyo a cargo de esta unidad, monitorea el cumplimiento de las áreas y coordina los adiestramientos y asistencias técnicas relacionadas a la labor. Esta unidad apoya la provisión y la adherencia al tratamiento de Hepatitis C (VHC) en participantes elegibles, a través de una Navegadora de Casos para coinfectados con VHC. Esta Navegadora se asegura de que el participante enlace y se retenga en su tratamiento contra VHC.

Cada uno de estos componentes son supervisados por la persona a cargo de la unidad para asegurar que cumplan con los requerimientos que establecen los HRSA's Monitoring Standards y los estándares de cuidado y calidad del PHS y la Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles del DS

3. **Unidad de Búsqueda y Retención en Cuidado;** cuyo propósito es la búsqueda de personas con VIH que se encuentran fuera de tratamiento para que sean integradas o reintegradas a recibir servicios de medicamentos a través de ADAP u otro programa de asistencia en medicamentos, facilitando que la persona con VIH pueda cumplir con el continuo de cuidado, y enlazar a las personas con VIH recién diagnosticadas a servicios clínicos. Los servicios que ofrece esta unidad son subvencionados por el Proyecto Minority AIDS Initiative (MAI) e integra el requerimiento de HRSA en cuanto a lo que denomina Early Identification of Individuals with HIV/AIDS (EIIHA). Para alcanzar sus objetivos esta Unidad cuenta con Trabajadores de Enlace a Cuidado en los CPTET y una navegadora en las instituciones correccionales, una buscadora a nivel central y las coordinadoras del MAI y el EIIHA; así como acuerdos de colaboración y proyectos especiales con el Programa de Prevención de VIH/ETS, Vigilancia VIH/SIDA, Departamento de Corrección y Rehabilitación, Organizaciones de Base Comunitaria y Centros Clínicos sub-recipientes o recipientes de fondos Ryan White Parte A, C y/o D.
4. **Programa de Asistencia en Medicamentos VIH/SIDA** (ADAP, por sus siglas en inglés); unidad que facilita y recibe el financiamiento federal para proveer medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para tratar la infección con el VIH a personas residentes de Puerto Rico, médico-indigentes que no poseen cubierta médica o tienen una cubierta de medicamentos limitada. A partir de septiembre 2015, comenzó a subvencionar los nuevos medicamentos para tratar la hepatitis C (Agentes Antivirales de Acción Directa) a pacientes elegibles coinfectados. Esta unidad también subvenciona como pagador de último recurso vacunas para Hepatitis A y B, así como pruebas especializadas de VIH y Hepatitis C. Para alcanzar sus objetivos esta unidad cuenta con 53 proveedores alrededor de la isla, entre los que se encuentran los CPTETs y las farmacias adscritas a ellas, y las clínicas de VIH comunitarias, privadas o municipales y sus respectivas farmacias. Los componentes que integra son: el Componente de Elegibilidad, Análisis de Datos y Manejo de Inventario de Medicamentos ADAP.
5. **Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad;** es responsable de mantener el sistema de base de datos y registro de los servicios subvencionados por el Programa en su red de proveedores alrededor de la isla, así como el seguimiento y monitoreo de las medidas de calidad y desempeño de sus sub recipientes; identificar estrategias y enfoques efectivos que provean información al Programa y a los administradores para desarrollar y/o modificar protocolos y procedimientos existentes; al igual que, llevar a cabo estudios y evaluaciones sobre diferentes áreas del servicio, revisar protocolos de trabajo y junto a los otros componentes del Programa busca el desarrollo de procedimientos que sirvan para mejorar los servicios directos a las personas con diagnóstico positivo al VIH. Esta unidad tiene bajo su responsabilidad la gerencia de importantes proyectos junto con la Dirección del Programa, tales como: el Grupo de Planificación del Programa Ryan White Parte B/ADAP; el Comité Interpartes de Ryan White en Puerto Rico; el Programa de Mejoramiento de Calidad y sus comités de calidad; el Plan Integrado para la Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH en Puerto Rico; los Sistemas de Registro de Utilización y Bases de Datos del Programa Ryan White Parte B/ADAP (CAREWare, TEC, VHC y ADAP); la Gerencia y Administración del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico; Estudios de Satisfacción con los servicios; Evaluación de Necesidades; Directorios de Proveedores; la representación del Programa en otros foros comunitarios, como el Grupo Comunitario de Prevención; y actividades especiales de enlace con la comunidad VIH; entre otros.

Capítulo II. Metas y Objetivos del Sistema de Manejo de Caso Clínico

METAS

1. Prevenir y minimizar los efectos adversos de los problemas clínicos de las personas que tienen un diagnóstico de VIH y ofrecer ayuda necesaria para sobrellevar sus dificultades que interfieren en un funcionamiento adecuado.
2. Optimizar la calidad de vida de los participantes mediante la coordinación de servicios de tratamiento y de apoyo que fortalezcan la adherencia al tratamiento y reduzcan los efectos adversos de su situación clínica y psicosocial.
3. Proveen e interceder por mejorar de forma eficiente y efectiva la calidad de servicios que reciben las personas con diagnóstico positivo a VIH de las ocho (8) regiones de salud que incluyen; Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, CLETS/San Juan, Fajardo, Ponce y Mayagüez.

OBJETIVOS

1. Conectar a los participantes con servicios primarios de salud y servicios de VIH.
2. Minimizar las barreras que dificultan la adherencia del participante a su tratamiento mediante la prestación continua de cuidado clínico y psicosocial.
3. Desarrollar un Plan de Servicios Individualizado adaptado a las necesidades, fortalezas y limitaciones del participante.
4. Coordinar los servicios disponibles en la comunidad para la implantación efectiva del Plan de Servicios Individualizado, facilitando el acceso del participante a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades a través diversas agencias públicas y privadas de acuerdo con el plan de servicios que se haya desarrollado.
5. Orientar al participante sobre los beneficios de estar registrado en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico para conectar y asegurar acceso y el continuo cuidado de los servicios modulares y de apoyo. Facilitar la coordinación con la red de proveedores y los servicios disponibles a través de los diversos programas Ryan White en Puerto Rico.
6. Facilitar el conocimiento sobre la condición, tratamiento, sus efectos secundarios fomentando una actitud positiva del participante hacia su tratamiento.
7. Reducir las barreras que afectan adversamente al participante para que este pueda lidiar con las dificultades que interfieren con su vida diaria y reducir el número de sus hospitalizaciones.
8. Fomentar la calidad de vida de la persona con diagnóstico positivo al VIH promoviendo su apoderamiento del proceso para que pueda funcionar con el mínimo de intervenciones del profesional.
9. Promover la adherencia al tratamiento y la salud integral a través de un estilo de vida saludable y en concordancia con las necesidades físicas, emocionales, psicológicas y espirituales de las personas con diagnóstico positivo al VIH.
10. Promover la expansión de redes de apoyo formales e informales para que obtengan el mayor provecho posible de sus recursos.
11. Identificar los recursos humanos y servicios comunitarios y/o gubernamentales existentes dirigidos a las personas con diagnóstico positivo al VIH.

En el caso de pacientes **del Programa Ryan White Parte B/ADAP** coinfectados con Hepatitis C, el Manejador de Caso Clínico deberá:

- ⓧ Orientar sobre el tratamiento de Hepatitis C disponible para personas elegibles a ADAP coinfectadas con el VIH y el VHC.
- ⓧ Orientar sobre el proceso para enlazar o re-enlazar a los servicios y/o tratamientos para la Hepatitis C en personas coinfectadas con el VIH y el VHC.

Estrategias generales de intervención del Manejador de Caso Clínico

Los manejadores de caso clínico utilizan una gama de técnicas de intervención entre las cuales se establece:

- ⓧ Asistir al participante en el manejo del estigma relacionado a la condición
- ⓧ Demostrar conocimiento, sensibilidad cultural y empatía ante las necesidades de las poblaciones vulnerabilizadas
- ⓧ Ofrecer consejería sobre estrategias para lidiar con la condición de salud en el diario vivir
- ⓧ Proveer un ambiente de confianza donde el participante se sienta cómodo en traer sus inquietudes
- ⓧ Mantener buena comunicación con el equipo multidisciplinario de la clínica
- ⓧ Regirse por el principio ético de Confidencialidad y los requerimientos de la Ley HIPAA
- ⓧ Orientar sobre los diferentes métodos para la obtención de medicamentos, incluyendo planes médicos privados, el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y el Programa ADAP/HIAP
- ⓧ Orientar sobre los servicios esenciales y de apoyo que se ofrecen en las Agencias Coordinadoras (Organizaciones de Base Comunitaria)
- ⓧ Fortalecer el sistema de apoyo del participante con su familia, amigos, pareja u otros recursos de apoyo

Existen diversas actividades y estrategias que pueden utilizarse al momento de intervenir con los participantes. Algunas de ellas son:

- ⓧ Entrevistas individuales o grupales con el participante de forma presencial y/o telefónica
- ⓧ Entrevistas individuales con figuras de apoyo para el participante
- ⓧ Llamadas telefónicas a colaterales, profesionales y/o agencias públicas y privadas
- ⓧ Discusiones de casos con supervisores/as, pares y otros profesionales involucrados en el proceso
- ⓧ Referidos a las agencias o profesionales pertinentes
- ⓧ Preparación de material educativo/audiovisual cuando así sea necesario
- ⓧ Visitas al hogar u hospital de ser necesario
- ⓧ Referidos al Trabajador de Enlace a Cuidado
- ⓧ Referidos al Navegador para servicios de VHC, en el caso de coinfectados
- ⓧ Referidos a las Agencias Coordinadoras de Base Comunitaria (Manejador de Caso No-Clínico)

Ley HIPAA

La *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 (Public Law 104-191. Aug. 21, 1996), conocida como **HIPAA**, establece que las entidades cubiertas, entiéndase los planes médicos, entidades que acarrean e intercambian información de salud entre proveedores de salud y planes médicos para fines de facturación y cobro y los proveedores de servicios de salud que transmiten información de salud por medios electrónicos, deben establecer políticas y procedimientos para salvaguardar la privacidad y confidencialidad de la información de salud del paciente convirtiéndola así en Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). El no cumplir con dichas políticas y procedimientos, expondría a las entidades cubiertas por las disposiciones de esta ley, a responder mediante multas y/o sanciones de tipo administrativo, civil y/o criminal. El término “Información de Salud Protegida” (conocida por sus siglas en inglés PHI), es toda aquella información oral, escrita o electrónica, creada o recibida por una entidad cubierta o un patrono, relacionada con la salud física o mental pasada, presente o futura que de alguna manera identifique o presente la posibilidad de identificar a una persona. Esta información puede ser de salud, financiera y/o demográfica.

El Manejador de Caso Clínico como profesional de la salud, respetará en todas sus fases el principio ético de la confidencialidad. Se guarda la confidencialidad por el derecho constitucional de la privacidad de todo ser humano y por la protección de discrimen o rechazo de nuestros participantes. Las ventajas de guardar la confidencialidad es que mantiene una buena relación profesional basada en la confianza con nuestros participantes. Se orientará al participante sobre la política de confidencialidad de los Programas.

Cuando por el beneficio del participante sea necesario divulgar información al referirlo para otros servicios fuera de la clínica, se debe contar con una autorización por escrito del participante para divulgar información de la condición y procurar que el participante conozca las políticas de información protegida vigentes en la Clínica.

Para ciertas gestiones el Manejador de Casos Clínico puede determinar la necesidad de visitar al participante a su hogar. Para poder realizar las visitas necesarias debe contar con anticipación de una autorización escrita del participante para ser visitado, por lo que el Manejador de Casos Clínico orientará al respecto al participante o su encargado en las primeras sesiones de intervención y solicitará esta autorización.

En caso de que el participante o su encargado solicite que el Manejador de Casos Clínico lo represente en alguna agencia para abogar por sus derechos, solicite un servicio o requiera divulgar, solicitar o compartir alguna información sobre su cuidado de salud debe contar por escrito con la Autorización para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida (PHI). Esta autorización debe presentarse en la agencia.

En cuanto a los requerimientos de la Ley HIPAA sobre las políticas de seguridad de información privilegiada se seguirán los parámetros diseñados e implantados en los CPTETs los cuales se encuentran detallados en el “Manual de Normas y Procedimientos de Manejo de Información de Salud Protegida del Paciente”. El Manual contiene las normas relacionadas a la divulgación de la información de salud protegida y el mantenimiento de la confidencialidad y la privacidad. Además, establece los documentos oficiales utilizados por el Departamento de Salud para la autorización de la divulgación de dicha información por parte del paciente y de las bitácoras en donde se deberán documentar las divulgaciones. El Manual está ubicado en los Departamentos de Manejo de Información de Salud de cada CPTET. El personal del Departamento de Manejo de Información de Salud se encargará de cualquier trámite relacionado a la divulgación de información de salud del paciente al igual que de las solicitudes de fotocopias de documentos o de expedientes.

Capítulo III. Procedimiento del Servicio Directo del Manejo de Casos Clínico

Servicio Directo del Componente de Manejo de Caso Clínico

Cada Centro de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud tiene su propio flujograma para la prestación de servicios, de acuerdo con las particularidades del personal y las facilidades físicas con las que cuenta y los participantes que recibe. No obstante, en cuanto al servicio de manejo de casos clínico se espera **uniformidad en los procesos y procedimientos**. Por lo que a continuación se establecen las guías generales del proceso de intervención por fases (Figura 3). Tenga en cuenta que estas fases y/o intervenciones pueden tener nombres distintos en el Expediente Médico Electrónico y/o estar divididas en dos intervenciones en el CareWare. El profesional de Manejo de Caso documentará en las notas de progreso y registrará en el sistema electrónico de CAREWare y en el Expediente Médico Electrónico y/o Físico toda intervención realizada con el participante o en su beneficio, como lo son coordinaciones de servicios.

1. Fase Inicial

Esta fase inicial puede tomar un promedio de dos a tres sesiones, según la necesidad y la disponibilidad del participante. A continuación, se detallan las áreas a trabajar:

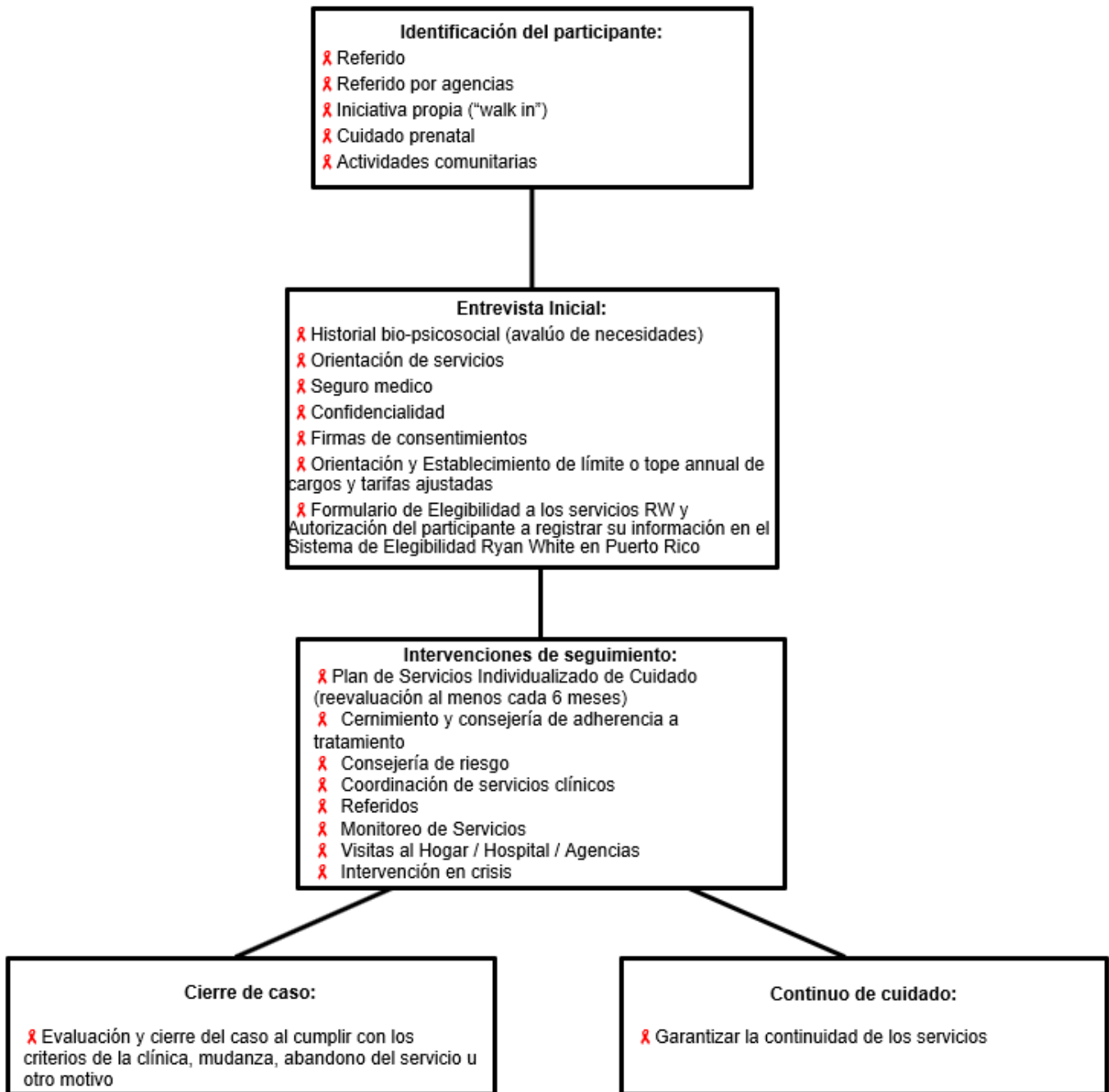
A. Orientación y Consentimiento a Servicios

Durante la primera intervención se le solicita al participante copia de documentos vitales como: copia de laboratorios, la tarjeta del plan médico, identificación del participante, evidencia de residencia, entre otros. Cuando el participante no ha entregado copias de los documentos vitales se le entrega una notificación utilizando el formulario de **Solicitud de Entrega de Documentos (Anejo 1)** para que entregue los mismos en la próxima cita o visita a la clínica. En el proceso de entrevista se le solicitará que complete el formulario titulado **Orientación de Servicios y Consentimiento a Intervención de Manejo de Casos Clínico (Anejo 2)**. Además, se le orienta al participante y/o familia en áreas específicas como:

- ⌘ Servicios disponibles en el Programa
- ⌘ Servicios que ofrece el CPTET
- ⌘ Servicios de Manejo de Casos Clínico
- ⌘ Orientación sobre criterios de elegibilidad y documentos necesarios para el Programa de Asistencia en Medicamentos VIH (ADAP) o del Programa de Asistencia en copagos, coaseguros y/o deducibles (HIAP, por sus siglas en inglés), según el caso
- ⌘ Procedimiento para la imposición de cargos: Establecimiento del Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios para personas con VIH en los CPTETs
- ⌘ Orientación sobre los derechos y responsabilidades como paciente, según la Oficina del Procurador del Paciente y la Carta de Derecho de las personas viviendo con VIH, Ley Núm.248 del 1 de diciembre de 2018
- ⌘ Formulario de elegibilidad a los servicios Ryan White y autorización del participante a registrar su información en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico.

Una vez que el participante y/o encargado, es orientado sobre todo lo antes señalado, es importante explorar si el participante tiene dudas al respecto y clarificar las mismas.

Figura 3. Diagrama del Modelo de Intervención del Sistema de Manejo de Casos Clínico, RYAN WHITE PARTE B/ADAP (revisado 2024)



B. Historial

Una vez se oriente al participante y se documenten los consentimientos de servicios correspondientes, se debe realizar una entrevista inicial con el participante o su encargado. La información sociodemográfica y la información básica sobre el historial de salud del participante se recopilarán en el formulario de **Historial bio-psicosocial (Anejo 3)**.

C. Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico

El Manejador de Caso Clínico es responsable de orientar y conectar al participante con la red de proveedores y servicios disponibles a través de los diversos programas Ryan White en PR. Deberá explicarle al participante los beneficios de estar registrado en la Plataforma del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico. A estos fines, el Manejador de Caso Clínico (MCC) será responsable, si el participante autoriza, de registrar en la Plataforma del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico el **Formulario Oficial de elegibilidad del participante para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico** completado por MCC con la información relevante (**Anejo 4**). El participante deberá firmar la **Autorización para Registrar su información en el Sistema de Elegibilidad Ryan White de Puerto Rico (Anejo 5)**. Del participante no aceptar que su información sea registrada en la Plataforma, el MCC mantendrá el Formulario en el expediente del participante

D. Evaluación de Necesidades

Se comienza a completar el **Plan de Servicios Individualizado de Cuidado (Anejo 6)**. Se identificará las necesidades clínicas y de apoyo que afecten el funcionamiento adecuado del participante y por consiguiente su calidad de vida y adherencia a su tratamiento médico de VIH. El mismo se actualizará tantas veces como sea necesario, **por lo menos cada seis (6) meses**, tomando en consideración que cada individuo es un sistema dinámico y sus necesidades son cambiantes. Algunas de esas necesidades pueden ser:

- ⓧ Cuidado médico primario
- ⓧ Asistencia para acceso a un seguro médico
- ⓧ Cuidado especializado en VIH
- ⓧ Acceso a medicamentos para VIH
- ⓧ Educación sobre adherencia
- ⓧ Educación/Consejería sobre reducción de riesgos
- ⓧ Laboratorios y estudios clínicos
- ⓧ Servicios psicológicos y otros servicios de salud mental
- ⓧ Servicios de tratamiento ambulatorio o residencial (detox) por uso problemático de sustancias
- ⓧ Asistencia nutricional
- ⓧ Servicios de hospicio
- ⓧ Servicio de transportación médica
- ⓧ Estatus de vivienda o necesidades de vivienda
- ⓧ Servicios de cuidado en el hogar
- ⓧ Educación sobre la condición de VIH y otras enfermedades
- ⓧ Necesidad de referidos para ayudas financieras
- ⓧ Otras

Al final de esta fase el expediente (físico y/o electrónico) del participante debe tener los siguientes documentos:

- ⓧ Copia de la Notificación Solicitud de entrega de documentos (**Anejo 1**)
- ⓧ Orientación de Servicios y Consentimiento a Intervención de Manejo de Casos Clínico (**Anejo 2**)
- ⓧ Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas y Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios (Referirse al Procedimiento para la imposición de cargos: Establecimiento del Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios para personas con VIH en los CPTETs)

- ⓧ Establecimiento de las Tarifas Ajustadas: Escala de Cargos y Límite o Tope Anual de Cargos (Referirse al Procedimiento para la imposición de cargos: Establecimiento del Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios para personas con VIH en los CPTETs)
- ⓧ Historial bio-psicosocial – **(Anejo 3)**
- ⓧ Formulario Oficial de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico **(Anejo 4)**
- ⓧ Autorización del Participante a Registrar su información en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico **(Anejo 5)**
- ⓧ Plan de Servicios Individualizado de Cuidado **(Anejo 6)**
- ⓧ Cernimiento y Consejería de Adherencia **(Anejo 7)**
- ⓧ Hoja de Referido **(Anejo 8)**
- ⓧ Notas de Progreso **(Anejo 9)**
- ⓧ Notas de Intervención **(Anejo 10)**
- ⓧ Informe de Transferencia/Cierre de Caso **(Anejo 11)**
- ⓧ Hoja de Consentimiento Universal para Pruebas de Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Enlace Temprano a Tratamiento **(Anejo 12)**
- ⓧ Consentimiento a Visitas o Llamadas **(Anejo 13)**

2. Fase de Seguimiento en la Identificación de Necesidades

Al menos cada seis meses el profesional de manejo de casos reevaluará junto con el participante las nuevas necesidades y actualizará el plan de cuidado individualizado. Utilizando una nueva hoja del **Plan de Servicios Individualizado de Cuidado (Anejo 6)**, seleccionando la opción de *Plan Actualizado*. La actualización de las necesidades del participante puede ser realizada antes de cumplirse seis (6) meses, de ser necesario. Aproveche la oportunidad en las recertificaciones y en las intervenciones clínicas.

Durante la fase de seguimiento es necesario auscultar y definir las necesidades del participante para diseñar un plan de servicios que se ajuste a las mismas. Este plan se diseñará en conjunto con el participante para que se sienta parte del proceso y que sus opiniones son valoradas.

El Manejador de Caso Clínico tendrá como prioridad identificar las necesidades clínicas y en un nivel secundario las necesidades sociales. **De identificarse necesidades en el área de apoyo psicosocial vitales para beneficiar el manejo clínico del participante, referirá los mismos a agencias que provean el servicio de manejo de caso no clínico en su región de salud.**

A. Cernimiento y Consejería de Adherencia a Tratamiento

Durante las intervenciones con el participante el manejador de casos deberá monitorear si el participante presenta alguna barrera que le afecte mantenerse adherente a su cuidado. Se documentará esta intervención en el formulario **Cernimiento y Consejería de Adherencia a Tratamiento (Anejo 7)**. Se debe insistir al participante en que el logro de las metas y objetivos que se propongan es responsabilidad de los dos porque el manejador de casos es un facilitador del proceso, pero no puede llevar a cabo ciertas tareas sin el compromiso del participante. El personal de manejo de caso se encargará de:

- ⓧ Proveer información sobre el servicio médico y psicosocial disponible en su región, o de interés para el participante.
- ⓧ Promover el fortalecimiento de la adherencia a su tratamiento y su cuidado continuo, a través de diversas estrategias. Explorar cuáles son las barreras que confronta el participante para mantenerse en su cuidado clínico
- ⓧ Discutir el caso con los profesionales de la salud y equipo multidisciplinario, para, en conjunto, establecer un plan para el fortalecimiento de la adherencia.

B. Consejería sobre reducción de riesgo

El profesional de Manejo de Caso documentará en las notas de progreso y en el sistema electrónico de CAREWare, toda intervención y consejería dirigida a reducir y minimizar los riesgos tales como:

- ⓧ Evaluación de conductas de riesgo para transmisión del VIH y otras posibles ITS
- ⓧ Reducir el riesgo de reinfección de VIH y otras posibles ITS
- ⓧ Orientación sobre cómo mejorar su estado de salud y reducir el riesgo de transmisión del VIH a otras personas
- ⓧ Cambio de comportamientos de riesgo

C. Coordinación y Seguimiento de Servicios

El Programa Ryan White Parte B/ADAP reconoce la colaboración interagencial como estrategia vital en cumplir la meta de brindar un servicio comprensivo y de calidad a la población con diagnóstico positivo al VIH en la Isla. Cada año, el gobierno federal fomenta la necesidad de mantener lazos colaborativos entre agencias de servicios, especialmente las que comparten fondos de la Ley Ryan White como Parte A, C, D y F, agencias de base comunitarias o consorcios y otras agencias gubernamentales que así se requiera. Estas coordinaciones reducen la duplicación de servicios y que el mismo sea efectivo y adecuado. Se ha demostrado que el uso de estos servicios beneficia en la reducción de hospitalizaciones y recaídas de salud de nuestros participantes, logrando la meta de mejorar los resultados de salud de la población impactada.

Es responsabilidad del componente de Manejo de Casos Clínico conocer las agencias de servicios que estén disponibles para personas con diagnóstico positivo al VIH en su región. Se espera que el Manejador de Caso Clínico mantenga actualizada la información registrada en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico para beneficiario del participante. El manejador de caso clínico deberá mantenerse en contacto con el personal de dichas agencias para acceder información sobre los requisitos particulares de cada entidad y poder, de esta manera, ayudar al participante en la búsqueda de documentos que lo hagan elegible a recibir los servicios que necesita. Con este propósito el Manejador de Casos Clínico representará las necesidades del participante, en reuniones o actividades de estas agencias, según amerite y le autorice el participante. Deberá conocer y familiarizarse con el sistema de referido de cada agencia y cumplir con el mismo. Para este propósito puede utilizar la estrategia de discusión de casos interna e interagencial. En aquellos casos que el participante no autorice que su información sea registrada en el Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, no se afectará el referido ni el acceso a los servicios complementarios para los cuales resulte elegible.

El manejador de caso clínico conecta al participante con las agencias que prestan los servicios que se han identificado que necesita el participante. Del participante no estar registrado en la plataforma del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, el Manejador de Casos Clínico redactará los referidos necesarios para el participante, según se desprende en el **Plan de Servicios Individualizado de Cuidado** utilizando el formulario para estos propósitos (**Hoja de Referido; Anejo 8**) o el formulario previamente designado por la agencia a la que se refiere según le sea requerido. Algunos formularios han sido diseñados en un formato que no identifica al participante como recipiente de servicios especializados de VIH, ya que solo debe compartirse la información de salud mínimamente necesaria del participante conforme haya sido autorizada por éste para recibir los servicios que necesita. En el caso de los referidos a las Agencias Coordinadoras subvencionadas por el Programa Ryan White Parte B, esté o no el participante registrado en la Plataforma del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, el personal de Manejo de Casos **registrará en el Módulo de Referidos de CAREWare** el referido a sus servicios y le **dará seguimiento** al mismo en el sistema.

El Manejador de Caso Clínico mantendrá una copia para el expediente del participante (físico y/o electrónico) de los referidos realizados. Orientará al participante sobre cómo acceder los servicios a los cuales se le está refiriendo. El manejador de casos brindará apoyo y seguimiento al participante hasta que el servicio haya sido completado. Se requerirá que el manejador de casos haga uso del Módulo de Referidos en el sistema de CAREWare.

El Manejador de Casos Clínico será responsable de monitorear el cumplimiento del Plan de Servicios Individualizado de

Cuidado e identificar junto al participante las barreras en la implementación del mismo. De surgir alguna situación que impida que el participante reciba un servicio de una agencia a la que ha sido referido, y al cual es elegible, el Manejador de Casos Clínico procederá a identificar las barreras o limitaciones que impiden la prestación de servicios. Se orientará al participante sobre sus derechos como paciente y persona con diagnóstico de VIH; así como las entidades a las que puede acudir. Se le entregará al paciente copia de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente y la Carta de Derechos de las Personas Viviendo con VIH en Cualquiera de Sus Etapas en Puerto Rico, Ley Núm. 248 del 1 de diciembre de 2018.

D. Seguimiento en Manejo de Casos

El manejador de casos clínico debe determinar el nivel de intensidad de ayuda profesional que requiere el participante o su encargado en lidiar con sus necesidades, ponderando las fortalezas y limitaciones del participante y su grupo de apoyo familiar. Este análisis determinará la regularidad de las intervenciones por el manejador de casos clínico, según las necesidades clínicas que afectan significativamente su funcionamiento adecuado y su calidad de vida. **Mínimamente el manejador de casos clínico deberá reevaluar y actualizar cada seis meses el Plan de servicios individualizado de cuidado del participante.**

El Manejador de Casos Clínico es responsable de redactar en el expediente (físico y/o electrónico) un resumen de todas las intervenciones que realiza para el caso, así como documentar en CAREWare los servicios prestados. Puede utilizar el formulario narrativo para documentar sus **Notas de Progreso (Anejo 9)** o el formulario **Notas de Intervención (Anejo 10)**, según la intervención realizada.

E. Intervenciones en Crisis

Es de suma importancia que los manejadores de casos estén alertas a los cambios emocionales y de actitudes que pueda presentar el/la participante para que hable con él o ella sobre los mismos. De surgir alguna crisis debe estar disponible para brindar apoyo primario y referir al profesional de Psicología de la Salud. Cuando ocurre este tipo de situación el manejador de casos tiene que referir al participante o su familiar inmediatamente a los profesionales de salud mental que sean necesarios y tiene que darle seguimiento a dicho referido. Incluyendo el realizar las gestiones necesarias para coordinar el servicio cuando así sea necesario. Una vez pase la crisis, el manejador de casos debe entrevistar al participante, escucharlo y discutir con él los factores que generan la crisis o que la precipitan. Del profesional de Psicología de la Salud o Psicólogo Clínico no estar disponible en el CPTET, el Manejador de Casos referirá a una Sala de Emergencias y/o Unidad Estabilizadora.

Estas intervenciones tienen que documentarse en las notas de progreso y archivarlas en el expediente físico del participante o registrarlas en el expediente médico electrónico, según aplique. La nota debe incluir fecha, hora, observaciones sobre el participante en términos de la conducta y expresiones verbales y no verbales, qué gestiones se realizaron (referidos, llamadas, coordinaciones, discusiones de caso, etc.), nombre de las personas con quienes se habló (por teléfono o personalmente) y qué se dijo o qué acuerdos se tomaron. Cuando intervienen agentes de la policía también debe tomarse nota del número de placa, el cuartel al que pertenecen y el número de teléfono del cuartel.

Las crisis incluyen, pero no se limitan a ideas o intentos suicidas, ideas o intentos homicidas, episodios violentos que atentan contra la seguridad del participante en sí mismo/a o hacia otras personas.

F. Procedimiento para la imposición de cargos: Establecimiento del Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios para personas con VIH en los CPTETs

El **Procedimiento para la imposición de cargos: Establecimiento del Límite Anual de Cargos y Escala de Cargos por Servicios para personas con VIH en los CPTETs** aprobado por la Sección de Prevención y Control de Enfermedades e Infecciones Transmisibles (anteriormente, la OCASET) aplicará a todos los CPTETs, ya que forman parte de la Red de Proveedores Clínicos del Programa Ryan White Parte B/ADAP. A tales efectos, todo paciente con diagnóstico positivo

al VIH que solicite servicios en los CPTETs deberá ser evaluado para determinar su elegibilidad y establecer el Límite o Tope Anual de Cargos por Servicio a ser impuesto y la Escala de Cargos por Servicio, según aplique. Este procedimiento incluye a todos los pacientes con VIH que reciben servicios en los CPTETs, con y sin seguro médico.

El personal de Manejo de Casos, conforme a este Procedimiento arriba mencionado, orientará a todo paciente con diagnóstico positivo al VIH sobre los servicios que están disponibles en el CPTET y explicará que por ser el CPTET un proveedor del Programa Ryan White Parte B/ADAP, se le requiere establecer unas **escalas de descuentos** por los servicios que ofrecen a personas con diagnóstico de VIH tomando en consideración sus ingresos. El Manejador de Casos orientará a los participantes que no cuenten con seguro de salud y no tengan el formulario de **Notificación de Decisión Tomada** producido por el Programa Medicaid, sobre a dónde acudir a certificar su ingreso de elegibilidad. **A los solicitantes que no cualifican para ser evaluados por el Programa Medicaid y aquellos que por causa mayor tampoco puedan ser evaluados por Medicaid, su evaluación económica podrá ser realizada por el personal de elegibilidad de ADAP.** El Manejador de Caso orientará a los participantes sobre las escalas de descuento y utilizará el formulario **Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas y Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios** y el **Establecimiento de las Tarifas Ajustadas: Escala de Cargos y Límite o Tope Anual de Cargos** correspondiente para cada participante; ambos formularios son provistos en el Procedimiento. El Límite o Tope Anual de Cargos será revisado anualmente al **comienzo del año natural** a todo participante del CPTET. Los formularios completados por cada participante formarán parte del expediente (físico y/o electrónico) del paciente.

G. Documentación del Caso en Expediente

El Manejador de Casos Clínico es responsable de mantener toda la documentación de cada participante en su respectivo expediente (físico y/o electrónico), así como registrar en CAREWare los servicios provistos en sus intervenciones y los referidos, especialmente los internos (agencias coordinadoras contratadas por Ryan White Parte B/ADAP). Los expedientes deben estar en buen estado, organizados y con la documentación aprobada por el Programa. Es de suma importancia documentar la información de cada participante atendido diariamente. El mantener esta información actualizada facilita el seguimiento a los casos y la obtención de informes. Los expedientes (físicos y/o electrónicos) deben contener los siguientes formularios:

- ⌘ Solicitud de entrega de documentos (si aplica)
- ⌘ Copia documentos vitales del participante tales como; Certificado de nacimiento (en caso de que no tenga identificación, seguro social o pasaporte), Seguro social y Tarjeta del plan de salud
- ⌘ Resultado prueba del VIH
- ⌘ Notificación de Decisión Tomada
- ⌘ Orientación de servicios y Consentimiento a Intervención de Manejo de Casos
- ⌘ Historial Bio-Psicosocial
- ⌘ Plan de Servicios Individualizado de Cuidado y sus actualizaciones
- ⌘ Copias de los Referidos a otras Agencias (si aplica)
- ⌘ Copia de referidos al Departamento de la Familia (si aplica)
- ⌘ Cernimiento y consejería de adherencia a tratamiento
- ⌘ Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas y Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios
- ⌘ Establecimiento de las Tarifas Ajustadas: Escala de Cargos y Límite o Tope Anual de Cargos
- ⌘ Notas de Progreso (narrativa o de intervención)
- ⌘ Informe de transferencia/cierre de caso (si aplica)

3. Criterios para transferencia/terminación de servicios

Todos los procesos de ayuda tienen un final o cierre. Con nuestra población existen diversas razones para la transferencia/terminación de los servicios. Dependiendo de la razón se realizaría las siguientes acciones, a saber:

Participante dado de alta

En los casos de infantes expuestos al VIH, cuando son dados de alta porque hayan seronegativizado al VIH, se completa el ***Informe de Transferencia/Cierre de Caso (Anejo 11)*** y se archiva en el expediente.

Participante transferido

Cuando el participante se transfiere a otra clínica, sea en Puerto Rico, a Estados Unidos u otro país. Si es en Puerto Rico, el manejador de casos deberá realizar la coordinación con el manejador de casos de la clínica a la que se va a transferir el participante para garantizar la continuidad del tratamiento. Se le entregará al participante copia de su expediente para que continúe su tratamiento sin tener que comenzar de cero. De igual manera, se le orienta al participante sobre el beneficio de haber autorizado que su información fuera registrada en la Plataforma del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico, si es el caso, para que la misma sea accedida por el otro proveedor de los programas Ryan White en la jurisdicción. En el expediente (físico y/o electrónico) que queda en la clínica se debe archivar la Hoja Informe de Transferencia/Cierre de Caso ya completada y firmada tanto por el manejador de casos como por el participante. Si el participante se va a mudar a Estados Unidos u otro país el procedimiento sigue siendo el mismo excepto que no se hace la coordinación de servicios y se completa el ***Informe de Transferencia/Cierre de Caso (Anejo 11)*** y se archiva en el expediente.

Participante fallecido

Cuando el participante fallece el manejador de casos es responsable de completar el ***Informe de Transferencia/Cierre de Caso (Anejo 11)*** en todas sus partes y archivarlo en el expediente físico y/o documentarla en el expediente médico electrónico, según aplique. Adicional a esto, el manejador de casos deberá cerrar el caso en el Sistema de CareWare. Si la familia del participante expresa que tiene alguna necesidad, el manejador de casos debe orientarlos sobre las agencias que pueden serle de ayuda.

Otras situaciones

Puede darse el caso de participantes que no desean recibir tratamiento. De este ser el caso debe haber una nota de progreso que documente la intervención en detalle y la misma debe ser firmada también por el participante, si está disponible. Para los participantes que son ubicados en hospicios o casas de salud, el procedimiento es igual que para los participantes transferidos; se documenta la intervención en el ***Informe de Transferencia/Cierre de Caso (Anejo 11)***.

Ya sea porque el participante sea dado de alta, sea transferido o haya fallecido, el Manejador de Casos Clínico debe tener una intervención final con el participante o tutor. En la misma se resumirá las intervenciones realizadas, los logros en el plan de servicios y tareas pendientes. Debe exponerse los sentimientos en cuanto a la terminación de la relación profesional y reforzarse las fortalezas del participante, motivando a la autodeterminación y adaptación de sus procesos de vida. Por último, se orienta sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios del manejo de casos clínico y de la clínica, siempre que el participante los requiera en un futuro.

Capítulo IV. El Rol de Manejo de Casos en el Proceso de Retención y Búsqueda

Entrada a Servicios Clínicos

El Trabajador de Enlace a Cuidado y el Manejador de Casos Clínico son el enlace en la coordinación de los servicios que ofrecen los Programas de Prevención de VIH/ETS y de Tratamiento VIH durante el proceso de entrada a los servicios que ofrecen los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) a las personas con diagnóstico positivo al VIH.

En el proceso de integración de un participante a su cuidado médico, un estado de crisis pudiese manifestarse, especialmente en individuos de nuevo diagnóstico VIH positivo. El personal de la clínica de ETS explorará si la persona que recién acaba de ser diagnosticada con VIH está en condiciones óptimas de iniciar el proceso de orientación para la entrada a tratamiento o esta se encuentra en algún estado de crisis o sintomatología emocional significativa que dificulte que esté alerta y receptiva a la información y activará el protocolo establecido a tales fines. El mismo día de la entrega del resultado VIH positivo (post-orientación), el personal designado en la Clínica de ETS referirá a la persona recién diagnosticada con VIH a los servicios del Trabajador de Enlace a Cuidado (TEC) o a Manejo de Casos Clínico, siempre y cuando el CPTET no cuente con un TEC. Este Referido lo hará por escrito el personal de ETS y se acompañará con copia de la **Hoja de Consentimiento Universal para Pruebas de Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Enlace temprano a tratamiento (Anejo 12)**, ya que en la misma el participante consiente a ser buscado en caso de no acceder los servicios clínicos de VIH. El Trabajador de Enlace a Cuidado, será el encargado de: recopilar datos demográficos básicos del participante, coordinar citas médicas con el personal encargado de otorgar cita en la clínica, realizar llamadas de seguimiento al participante para las citas. En el caso que el participante **No** acuda a sus citas en la clínica, el TEC hará las intervenciones de búsqueda de campo hasta lograr contactar al participante. Una vez alcanzado, explorará las razones para ausencia a citas. El TEC responderá la Hoja de referido y la devolverá en o antes de 7 días de recibida al personal de ETS, en el área confidencial designada. El TEC será responsable de orientar al participante y de completar la **Hoja de consentimiento a visitas al hogar y llamadas (Ver Anejo 13)**, la misma será archivada en el expediente físico y/o documentada en el expediente médico electrónico, según aplique y deberá estar disponible siempre para el TEC. En caso de que el CPTET no cuente con un TEC, el Manejador de Casos Clínico será responsable de completar, con el participante, los documentos antes mencionados.

El Trabajador de Enlace a Cuidado referirá a los servicios de manejo de caso clínico, según definido en el procedimiento que este personal tiene establecido para la coordinación de la entrada de personas con diagnóstico de VIH a servicios clínicos. El Trabajador de Enlace a Cuidado o Manejador de Caso Clínico, verificará que el proceso de entrada a servicios clínicos de VIH y la documentación fue completada.

Búsqueda de Casos

El manejador de casos llamará a los participantes con cita médica coordinada como recordatorio de esta, si el participante indica que no podrá asistir a la cita médica, explorará las razones y brindará apoyo o referirá a algún servicio de ser necesario para que pueda asistir a la nueva cita que se programe. En los casos no localizados luego de tres llamadas, el manejador de casos podrá referir el mismo a los servicios del TEC. Este seguimiento es importante para evitar interrupciones en el tratamiento y para evitar posibles efectos adversos por la situación en sí misma.

En las situaciones de personas de nuevo diagnóstico de VIH o recién ingreso a tratamiento que se ausenten a una de sus citas, el personal de la clínica se lo informará al Trabajador de Enlace a Cuidado (TEC), quien contactará al participante para coordinar una nueva cita. Si el participante con diagnóstico previo se ha ausentado a sus citas, no ha recogido sus medicamentos, y/o no cuenta con laboratorios recientes el Trabajador de Enlace realizará las siguientes intervenciones.

- ⌘ Verificará el **Consentimiento de Visitas al Hogar y Llamadas (Anejo 13)**. Si la hoja no está firmada o si el participante marcó la alternativa de que no quería ser buscado o contactado, no se podrá realizar ninguna acción para la búsqueda del participante. Si la hoja de consentimiento está firmada por el participante autorizando a ser buscado o contactado, el trabajador de enlace a cuidado deberá iniciar las llamadas telefónicas pertinentes para contactar el participante y reconectarle con su tratamiento.
- ⌘ Contactará al participante que accedió a ser contactado: El contacto telefónico no debe exceder cinco días laborables. De no lograr el objetivo de la llamada, el TEC llevará a cabo visitas al hogar del participante con el fin de conectarlo al tratamiento clínico.
- ⌘ Buscará o visitará al participante en caso de que haya consentido: El TEC realizará visita al hogar del participante, podrá utilizar el servicio y apoyo de la Agencia Coordinadora correspondiente, según sea necesario.
- ⌘ Identificará y atenderá las barreras al servicio clínico confrontadas por los participantes con VIH (nuevos o previos) alcanzados a través de las intervenciones de alcance comunitario de campo, de manera que enlacen y se mantengan en tratamiento.
- ⌘ Referirá a Manejo de Caso Clínico: El TEC hará los referidos a los servicios de manejo de caso de los participantes con VIH (nuevos o previos), alcanzados a través de las intervenciones de alcance comunitario.
- ⌘ Discusión de caso: El TEC discutirá el caso con el personal de manejo de caso clínico del CPTET, el personal de manejo de caso no clínico de la AC y con el personal de la clínica que corresponda para asegurar la adherencia del participante a su tratamiento.

En el caso de no contar con el servicio del TEC en el CPTET, el personal de manejo de caso clínico realizará las intervenciones arriba detalladas.

Capítulo V: El Rol de Manejo de Casos en el Proceso de Elegibilidad para el Programa “AIDS Drugs Assistance Program” (ADAP)

Como parte de las funciones y tareas de Manejo de Caso Clínico está el orientar, evaluar y referir al Programa ADAP a los/as participantes que cumplan con los criterios de elegibilidad conforme el *Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act* del 2009. Parte de los fondos federales otorgados a través de la Parte B de la Ley Ryan White tienen como propósito la provisión de medicamentos, aprobados por la FDA para tratar la condición de VIH, a personas médico-indigentes sin cubierta de farmacia o con una cubierta limitada. Entre las responsabilidades que tiene el Programa Ryan White Parte B /ADAP con las personas con VIH beneficiarias del Programa se encuentra la prevención del deterioro de su salud, proveyendo asistencia de medicamentos para el tratamiento de la condición y la prevención de enfermedades oportunistas.

Es responsabilidad del personal de Manejo de Casos Clínico velar por el cumplimiento de la Ley Ryan White que establece que los fondos Ryan White son el pagador de último recurso para la provisión de servicios incluyendo medicamentos. Las personas con diagnóstico positivo al VIH que son elegibles para recibir medicamentos del Programa Ryan White Parte B/ADAP deben cumplir con los siguientes criterios:

1. Evidencia de diagnóstico positivo a VIH
2. Domicilio en Puerto Rico
3. Identificación oficial
4. Tener ingresos menores o iguales al **400%** del Nivel de Pobreza Federal
5. No poseer un seguro médico con cubierta de farmacia o contar con una cubierta de farmacia limitada, según lo siguiente:
 - a. Personas que tienen una cubierta limitada de medicamentos, la cual cubre medicamentos para tratar la condición de VIH, pero no los medicamentos prescritos por su médico para su condición.
 - b. Personas que poseen una cubierta limitada de medicamentos, la cual **NO cubre medicamentos para tratar la condición de VIH.**

También el Programa ADAP ofrece asistencia en co-pagos, co-aseguros y/o deducibles (HIAP, por sus siglas en inglés) para participantes que cuentan con un seguro médico que le cubre un por ciento del costo de sus medicamentos de VIH y requiere un co-pago por parte del participante para accederlos. En estos casos de participantes que cumplen con los otros criterios antes mencionados, el Programa ADAP les provee asistencia en co-pagos exclusivamente para los medicamentos de VIH del participante con un tope o límite de asistencia al año. El/la Manejador/a de Casos Clínico al asistir al participante para acceder a sus medicamentos, se debe asegurar que cumple con el procedimiento y documentación requerida en el **Manual para determinar elegibilidad de pacientes al Programa ADAP y al Programa HIAP**, vigente. Se espera que el Manejador de Casos Clínico envíe los documentos requeridos por el Programa ADAP, cumpliendo con el tiempo requerido, a través del medio establecido por ADAP, y mantener una comunicación efectiva y asertiva con el Personal de Elegibilidad de ADAP. El profesional de manejo de casos clínico debe orientar al participante en el momento que le corresponde la confirmación, de elegibilidad para que no ocurra una interrupción en la terapia auspiciada por el Programa ADAP/HIAP.

Utilizando el criterio profesional y en consulta con el Personal de Elegibilidad de ADAP, se trabajarán los casos de emergencia y de elegibilidad a corto plazo, según establecido en el Manual de Política de Acceso Rápido a Medicamentos de ADAP. El Programa ADAP evaluará de forma expedita las solicitudes de admisión de toda persona que necesite acceder rápidamente a los medicamentos de su Formulario. Dichas solicitudes serán evaluadas con la prioridad y la agilidad que ameritan para tomar una determinación de elegibilidad rápida al Programa ADAP, desde que se recibe la solicitud de ADAP debidamente completada y acompañada con la documentación requerida.

En caso de que la solicitud al Programa ADAP fuera denegada, se debe orientar al participante si interesa solicitar reconsideración o revisión por parte del Programa. Favor referirse al *Manual para determinar elegibilidad de pacientes al Programa ADAP y al Programa HIAP* para explicarle al participante los pasos que debe seguir en este caso.

Capítulo VI: El Sistema de Manejo de Caso Clínico Como Facilitador en la Participación de Consumidores en los Foros Comunitarios del Programa Ryan White Parte B/ADAP

El Manejador de Casos Clínico tiene un rol de facilitador en la identificación de candidatos potenciales para el Comité de Calidad, el Grupo de Planificación del Programa Ryan White Parte B/ADAP y el Comité Asesor de ADAP. Estos foros comunitarios tienen un rol asesor y cuentan con un componente educativo. Las fechas y frecuencia de las reuniones, así como los planes de trabajo, son establecidas de acuerdo con el consenso de cada grupo.

Grupo de Planificación Ryan White Parte B/ADAP

El Grupo de Planificación Ryan White Parte B/ADAP es un componente del Programa dentro de la Unidad de Evaluación, Planificación y Mejoramiento de Calidad establecido como cuerpo asesor. Su establecimiento responde a los requisitos de las disposiciones de la Ley Ryan White de 1990, según enmendada en los años 1996, 2000, 2006 y 2009 como el *Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act*, al igual que a otras políticas y guías que regulan el uso de fondos del Programa Ryan White administrados por la *Health Resources and Services Administration* (HRSA). En este grupo, los consumidores de los servicios de Ryan White Parte B participan en calidad de asesores al Programa. El grupo debe contar con una representación de consumidores de un 33% del perfil de su membresía. La disponibilidad de butacas para consumidores está establecida por Región de Salud bajo el Sector Comunidad. Cuando hay butacas disponibles o vacantes, el Programa notifica al personal de Manejo de Casos para que facilite la promoción de estas entre los consumidores.

Comité de Calidad Ryan White

Este grupo busca garantizar que los servicios clínicos y de apoyo provistos por entidades subvencionadas con fondos Ryan White Parte B/ADAP en Puerto Rico sean accesibles y de acuerdo con los estándares de tratamiento vigentes, mediante el uso del modelo de mejoramiento continuo de calidad. Está representado en el Comité Integral de Calidad por proveedores de servicios, administradores y coordinadores de centros clínicos gubernamentales y privados, personal del Programa Ryan White Parte B/ADAP y consumidores. Las reuniones del Comité Integral de Calidad y del Comité Guía de Calidad se celebran trimestralmente, ambos cuerpos cuentan con representación de consumidores. Por otro lado, cada CPTET, agencia coordinadora y proveedor de la red externa de ADAP se le requiere que incluya en sus comités de calidad locales representación de los consumidores. En el caso de Manejo de Caso Clínico se espera que facilite la participación de los consumidores en su comité de calidad local en cada CPTET, así como en el Comité Guía de Calidad y del Comité Integral de Calidad a nivel central de Programa Ryan White Parte B/ADAP.

Comité Asesor de ADAP

Es un ente asesor integrado por médicos y farmacéuticos, con amplia experiencia en la provisión de tratamiento y servicios de cuidado a personas con diagnóstico positivo de VIH en la red de proveedores del Programa, y también integra personas con VIH/Sida beneficiarias de ADAP/HIAP. El comité se constituye con el propósito de proveer recomendaciones al Programa ADAP sobre: 1) la adición o eliminación de medicamentos en el Formulario de Medicamentos de ADAP; 2) evaluar los esfuerzos continuos del programa relacionados a los estándares de cuidado y distribución de medicamentos; 3) las metas y objetivos, tanto a corto como a largo plazo, para satisfacer las necesidades de medicamentos de los pacientes elegibles a ADAP/HIAP; y 4) otras tareas que le asigne al comité el Director del Programa Ryan White Parte B/ADAP.

El Manejador de Casos Clínico debe promover la participación de consumidores en estos grupos asesores y facilitar información sobre los mismos.

Capítulo VII: El Componente de Calidad en el Sistema de Manejo de Casos Clínico

Proceso de Medición de Calidad del Sistema de Manejo de Casos Clínico

El Programa Ryan White Parte B/ADAP reconoce la importancia de evaluar la ejecución de sus metas y objetivos para medir los logros de la labor que se realiza y adoptar los cambios necesarios que fomenten un servicio de calidad.

HRSA ha diseñado una serie de medidas de ejecución como instrumento para evaluar la calidad de los servicios que ofrecen las agencias que reciben fondos de los Programas Ryan White. Las medidas de ejecución relacionadas al sistema de manejo de casos clínico para las personas con diagnóstico positivo al VIH son:

1. Por lo menos dos (2) visitas al manejador de casos en un año.
2. Plan de servicios individualizado de cuidado de manejo de casos clínico, con dos o más actualizaciones en el año (cada seis meses).
3. Todo participante que recibe servicio de manejo de caso clínico debe recibir cuidado médico o clínico (incluyendo toma de muestra, laboratorios, vacunación) en o antes de cumplido 6 meses en un periodo de un (1) año; es decir debe recibir dos visitas clínicas al año con no más de 6 meses de diferencia.
4. La frecuencia de las visitas médicas o clínicas (incluyendo toma de muestras, laboratorios, vacunación) de todo participante que recibe servicio de manejo de caso clínico debe responder a lo siguiente: recibir servicio de manejo de caso y una (1) visita médica/clínica en los primeros seis (6) meses de un periodo de dos (2) años y una (1) visita médica/clínica por cada seis (6) meses, con un mínimo de 60 días entre visita durante un periodo de medición de dos (2) años.
5. Asegurar que las solicitudes sometidas al Programa ADAP para determinación o confirmación de beneficiarios ADAP/HIAP, contengan toda la documentación requerida por el Programa ADAP y sean sometidas a la fecha requerida.
6. Orientar a todo participante con VIH que recibe servicios en los CPTETs sobre el Límite o Tope Anual de Cargos por Servicios y las Tarifas Ajustadas y completar la documentación relacionada.
7. Orientar y completar a todo participante con VIH que recibe servicios en los CPTETs, el Formulario de Elegibilidad a Servicios Ryan White y registrarlo en la Plataforma del Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico si el participante autoriza.

Capítulo VIII: Sistema de Información Estadística del Sistema de Manejo de Caso Clínico

Para obtener las medidas de ejecución de calidad en el área de manejo de casos clínico se ha incorporado un sistema de información que agiliza el proceso de recopilación de información y provee estadísticas medulares sobre la población de participantes atendidos por los manejadores de casos clínicos. Este sistema es conocido como CAREWare y el mismo es auspiciado por HRSA. Además, es un instrumento de trabajo que provee vasta información que el Departamento de Salud requiere para la evaluación de sus servicios y el logro de sus objetivos. Este sistema de información está en constante actualización según se van presentando necesidades programáticas por parte del gobierno federal y ocurren avances tecnológicos de informática para facilitar dichos procesos.

CAREWare

El Programa CAREWare versión 6.0 (a la fecha de esta Guía), es auspiciado por HRSA. Se promueve su utilización entre los proveedores de servicios y los recipientes de fondos a través de la Ley Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension. En el caso del Programa Ryan White Parte B/ADAP, es el sistema que se utiliza para registrar los servicios ofrecidos a cada participante en su red de proveedores. Los beneficios de utilizar el programa son:

- ⌘ Evita la duplicidad de los servicios. Todos los CPTETs están interconectados, así como las organizaciones comunitarias de la red de proveedores del Programa Ryan White Parte B/ADAP. Por lo tanto, al tratar de crear el expediente para un participante el sistema indicará la posibilidad de la duplicidad. En ese caso, el/la manejador/a de casos clínico podrá corroborar la información pertinente para tomar las medidas correspondientes.
- ⌘ Facilitar el acceso de los profesionales a la información del participante. El equipo multidisciplinario tiene acceso a la información del participante y podrán reforzarse entre sí y planificar sus intervenciones de manera que sean consecuentes y constantes. Evitando los mensajes contradictorios se promueve la integración del equipo y de los esfuerzos para que el participante sea adherente a su tratamiento.
- ⌘ Documentar las intervenciones del profesional de Manejo de Caso Clínico para el seguimiento correspondiente y evidenciar “intervenciones”.
- ⌘ Agilizar el flujo de los referidos internos y de las transferencias de los participantes. Cuando por alguna razón el participante debe ser transferido a otro CPTET o se debe referir a otro proveedor, se puede tomar la acción correspondiente utilizando el Programa.
- ⌘ Nos permite la entrada de datos en tiempo real, lo que a su vez nos permite un seguimiento más asertivo con los participantes.

A través del sistema podemos constatar si el participante está siendo adherente a su tratamiento. Este hecho nos permite agilizar las intervenciones necesarias para rescatar a los participantes que fallen a sus citas o con su tratamiento.

En el área administrativa nos permite:

1. Obtener los datos necesarios para la preparación de informes sin sobrecargar al personal ubicado en los CPTETs y en las Organizaciones de Base Comunitaria contratadas.
2. Tener una visión amplia en término de lo siguiente, a saber:
 - ⌘ Las tareas que se están realizando por cada uno de los manejadores de casos y proveedores del Programa.
 - ⌘ Constatar el flujo de participantes en cada uno de los CPTETs y en cada una de las OBC contratadas.
 - ⌘ Monitorear el cumplimiento con los indicadores de calidad.
 - ⌘ Auditar quién entra a la base de datos, qué cambios se realizan y cuándo.
 - ⌘ Uniformar los estándares y el recogido de datos entre los proveedores.
 - ⌘ Poder realizar las monitorias y documentar los indicadores relacionados al cumplimiento.

- ⓧ Monitorear el estatus de los referidos de Manejo de Caso Clínico a las Agencias Coordinadoras contratadas por Parte B.

Para que la información del CAREWare sea de utilidad debe ser entrada con la mayor exactitud posible. Cuando el participante acude a su cita, cada profesional de la salud que interviene con él/ella deberá completar la parte que le corresponde en el formulario de manera que al finalizar la intervención el/la manejador/a de casos entrará directamente la información al expediente electrónico de CAREWare en las áreas determinadas.

Debido a la complejidad técnica del sistema se recomienda leer las guías del usuario de CAREWare preparadas, disponibles en el siguiente enlace: <https://www.salud.gov.pr/CMS/DOWNLOAD/5599> y en la página web del Programa: https://www.salud.gov.pr/ryan_white

BIBLIOGRAFÍA

Case Management Definitions

www.health.ny.gov/diseases/aids/standards/casemanagement

Centro de Salud Mental. Comité para funciones del Manejador de Casos. Informe Final. 1989.

Cintrón, Edna. Coordinación de Casos en un Sistema de Salud Mental. (Case Management).

Guías de Procedimiento: Manejo de Caso para personas con VIH. OCASET.2008

Manual de Procedimiento Sistema Manejo de Casos, 3era edición. Servicios Comprensivos a familias VIH/SIDA. OCASET 1999

Outcomes Evaluation Technical Assistance Guide. HRSA/HIV/AIDS. 2001

Procedimiento para el establecimiento de Tarifas Ajustadas a pacientes con VIH. 2014

Protocolo de Manejo de Casos. Equipo de Manejo de Casos Programa Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles (OCASET). 1995

Recommendations for Case Management Collaboration in Federally Funded HIV/AIDS Programs

Ryan White HIV/AIDS Program Services: Eligible Individuals & Allowable Uses of Funds. HRSA/HAB Policy Clarification Notice (PCN) #16-02

Ryndes, True. The Coalition Model of Case Management for Care of HIV- Infected Persons. Quality Review Bulletin. 15 (1) January 1989. pp.4-8

The Case Management Society of America www.cmsa.org

ANEJOS

Anejo 1



DEPARTAMENTO DE SALUD
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS
CLINICO

SOLICITUD DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha:

Número de expediente:

Nombre del Paciente:

DOCUMENTOS POR ENTREGAR

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Copia de certificado nacimiento | <input type="checkbox"/> Autodeclaración de Criterios de Elegibilidad |
| <input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta de su seguro social | <input type="checkbox"/> Copia de la carta de Cubierta Especial |
| <input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta del plan médico | <input type="checkbox"/> Copia de identificación con Foto |
| <input type="checkbox"/> Evidencia de su domicilio | <input type="checkbox"/> Copia de resultados de Papanicolaou (Pap Smear) |
| <input type="checkbox"/> Evidencia de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Copia de resultados de Mamografía |
| <input type="checkbox"/> Notificación de Decisión Tomada | |

NOTA

Dicha documentación debe ser entregada en su próxima cita en el Centro Clínico de: _____

al Manejador de Casos Clínico (MCC): _____

Firma del Manejador de Casos Clínico

Anejo 2



**DEPARTAMENTO DE SALUD
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS
CLINICO**

**ORIENTACIÓN DE SERVICIOS Y CONSENTIMIENTO A INTERVENCIÓN
DE MANEJO DE CASOS CLÍNICO**

Yo _____, núm. de expediente _____, certifico hoy ____ / ____ / _____, que:

HE SIDO ORIENTADO SOBRE:

- La Política de Confidencialidad de la Ley HIPAA.
- Los servicios que me pueden ofrecer en el CPTET.
- Los servicios que me pueden ofrecer como parte de Manejo de Caso y del Programa Ryan White Parte B, incluyendo al Programa ADAP y la Unidad de Servicios Complementarios de VIH.
- Certificación de Orientación sobre Tarifas Ajustadas
- El Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico
- Orientación sobre los derechos y responsabilidades como paciente. Ley Núm.194 de 25 de agosto de 2000, según enmendada de la Oficina del Procurador del Paciente.
- Carta de Derechos de las personas viviendo con VIH en cualquiera de sus etapas en Puerto Rico. Ley Núm. 248 del 1 de diciembre de 2018.

CONSIENTO EN ACEPTAR LA INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE MANEJO DE CASOS CLINICO COMO PARTE DE LOS SERVICIOS QUE OFRECE EL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B:

- Observando siempre un comportamiento respetuoso y considerado hacia el personal del CPTET y hacia los/as otros/as pacientes.
- Siendo puntual con mis citas.
- Llamando para excusarme y reprogramar las citas cuando no pueda asistir a las mismas.

Firma del Paciente

Firma del Manejador de Caso Clínico

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA

Yo, _____, Manejador de Caso Clínico, certifico con mi firma que, vía llamada telefónica, el paciente ha sido orientado y ha brindado su expreso consentimiento para los servicios estipulados.

Iniciales del Manejador de Caso Clínico: _____

Anejo 3



DEPARTAMENTO DE SALUD COMPONENTE
DE MANEJO DE CASOS CLINICO

HISTORIAL BIO-PSICOSOCIAL

FECHA DE ADMISIÓN **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE** **Número de expediente**
Seguro Social
Nombre

Fecha de nacimiento **Edad** **Lugar de nacimiento**
Mes / Día / Año

Sexo **Hombre** **Mujer**

Dirección física
Dirección postal

Teléfono 1 Casa Trabajo Celular Otro
Teléfono 2 Casa Trabajo Celular Otro

Correo electrónico **Participante autoriza contactar** **Sí** **No**

Comentarios

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto **Relación con el participante**

Teléfono 1 Casa Trabajo Celular Otro
Teléfono 2 Casa Trabajo Celular Otro

Dirección

¿Conoce su estatus de VIH/SIDA? **Sí** **No** **Comentarios**

SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD

Nombre del padre **Reside con el menor** **Sí** **No**
Nombre de la madre **Reside con el menor** **Sí** **No**
Nombre del encargado

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Raza / Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo o Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Latino	<input type="checkbox"/> Más de una raza		
	<input type="checkbox"/> Nativo-americano / Nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático		
	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco			
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Convive	<input type="checkbox"/> Separado

Veterano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		
Escolaridad	<input type="checkbox"/> Menor a 4to año escolar	<input type="checkbox"/> 4to año escolar	<input type="checkbox"/> Grado asociado	<input type="checkbox"/> Bachillerato
	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Otro	
¿Se encuentra estudiando actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

Seguro Médico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
Cubierta de farmacia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Cubierta especial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Historial social	<input type="checkbox"/> Vive solo	<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Maltrato de menores
	<input type="checkbox"/> Adulto Mayor	<input type="checkbox"/> Problemas legales	
	<input type="checkbox"/> Uso problemático de sustancias, especifique:	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Otros		

SECCIÓN 3: HISTORIAL DE SALUD

HISTORIAL DE VIH Y OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Pruebas de VIH	Fecha	Resultado
ELISA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Western Blot <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
4ta o 5ta generación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Lugar de diagnóstico	Fecha de diagnóstico	
Estatus actual de VIH <input type="checkbox"/> SIDA (Definido por el CDC)	<input type="checkbox"/> (VIH +) Asintomático	<input type="checkbox"/> (VIH +) Sintomático
Modo de transmisión <input type="checkbox"/> Hombre sexo con Hombre (HSH)	<input type="checkbox"/> Usuario drogas intravenosa (UDI)	<input type="checkbox"/> HSH / UDI
<input type="checkbox"/> Relación Heterosexual	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Desconoce		
¿Ha estado hospitalizado/a por alguna enfermedad relacionada con la infección del VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Especifique:		
¿Padece de alguna infección de transmisión sexual para la que necesite tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seleccione todas las que apliquen:		
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Hepatitis C
<input type="checkbox"/> Pediculosis pubis (ladilla)	<input type="checkbox"/> Virus de Papiloma Humano (VPH)	<input type="checkbox"/> Clamidia
<input type="checkbox"/> Verrugas genitales	<input type="checkbox"/> Gonorrea	<input type="checkbox"/> Hepatitis B

HISTORIAL DE CONDUCTAS DE RIESGO

Sexo con	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Ambos
Pareja Sexual	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> Múltiples
Prácticas sexuales	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Todas
Uso del Condón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Métodos Anticonceptivos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces

OTRAS CONDICIONES DE SALUD

¿Paciente perinatal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha utilizado sustancias controladas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está usted recibiendo o ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Padece de alguna otra condición de salud para la que necesite tratamiento o medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Diagnóstico

Tratamiento

SECCIÓN 4: RECURSOS ECONÓMICOS

Estatus de empleo

Trabajo tiempo completo
 Trabajo a tiempo parcial
 Trabajo por temporada
 Incapacitado/a
 Desempleado/a
 Retirado/a

Ocupación

Lugar

Ingresos (Completar si aplica)

TIPO DE INGRESO	Cantidad	Frecuencia
Empleo	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Programa Asistencia Nutricional	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Desempleo	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Programa Asistencia Económica	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Seguro Social	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Pensión de: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro: <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
Ingreso mensual	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
INGRESO ANUAL ESTIMADO* (multiplicar ingreso mensual por 12)	\$ <input type="text"/>	

***Utilizar como referente el ingreso mensual de elegibilidad de Medicaid, multiplicado por 12, de ser aplicable.**

Cantidad de dependientes:

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre	Edad	Relación	Reside con participante		Estatus de VIH	Conocimiento estatus VIH del participante	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SECCIÓN 5: AVALÚO DE VIVIENDA

ESTATUS DE VIVIENDA

Categoría A: Literalmente sin hogar

- Sin hogar (calle, estructura abandonada, vehículo de motor, otro) Albergue de emergencia
 "Safe Haven" (Programa de vivienda para personas diagnosticadas con condiciones de salud mental severas)
 Otro

Categoría B: Vivienda no-permanente

- Vivienda transitoria para PSH Sustancias / Centro de "Detox" Hotel o motel pagado con subsidio
 Facilidad de Cuidado Prolongado Reside con familiares o amigos Institucionalizado
 Programa de Desvío Otro

Categoría C: Vivienda permanente

- Casa propia Égida Vivienda alquilada sin subsidio
 Vivienda alquilada con subsidio Vivienda Permanente con servicio de apoyo a PSH

Participante se rehusó a contestar

No sabe

Otro

RIESGO DE PÉRDIDA DE VIVIENDA

¿En los últimos seis meses, ha enfrentado alguna barrera para asegurar la estabilidad de su hogar? Sí No

De contestar "Sí", indique si algunas de las barreras están relacionadas con:

- Deudas Pobre o ningún historial crediticio
 Ingresos insuficientes Familia compuesta por más de tres personas
 Pérdida de empleo Historial reciente de uso problemático de sustancias o alcohol
 Historial criminal reciente Otro _____

¿Existe alguna razón que no le permita permanecer en su residencia? (*Divulgación de diagnóstico, temor o rechazo, orientación sexual, estilo de vida, uso problemático de sustancias y alcohol*) Sí No

De contestar "Sí", explique en el espacio provisto:

¿En algún momento se ha quedado sin hogar? Sí No

De contestar "Sí", indique:

¿Por cuánto tiempo?

¿Cuál fue la razón?

¿Ha solicitado alguna ayuda para atender sus asuntos de necesidades vivienda?

Sí

No

De contestar "Sí", indique el tipo de ayuda solicitado:

¿Considera que su salud está en riesgo debido a su estatus de vivienda?

Sí

No

De contestar "Sí", indique por qué en el espacio provisto:

En caso de emergencia (tormentas, huracanes, condiciones severas del tiempo o terremotos), ¿en qué lugar usted pasará la noche?

NOTA IMPORTANTE

Si el paciente está en riesgo de perder la vivienda, deberá referirlo a los programas de asistencia de vivienda disponibles en su región.

Firma del Manejador de Casos Clínico

Fecha Entrevista

Anejo 4



Formulario de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico

Programa: _____

Información Sociodemográfica				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Nombre de Preferencia	Seguro Social
Fecha de nacimiento <small>(Mes/Día/Año)</small>	Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vive con pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro:	
Composición Familiar: Adultos: ____ Niños (menores de 21 años): ____		Información Contacto: Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____ Correo electrónico: _____		
Comprobación de Identidad: <input type="checkbox"/> Licencia de conducir <input type="checkbox"/> Tarjeta electoral <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación (Dpto. Transportación y Obras Públicas) <input type="checkbox"/> Otra identificación emitida por alguna entidad pública o privada bonafide			Número de Identificación:	
Residencia en Puerto Rico				
Región de Salud: <input type="checkbox"/> <i>Arecibo</i> <input type="checkbox"/> <i>Bayamón</i> <input type="checkbox"/> <i>Caguas</i> <input type="checkbox"/> <i>Fajardo</i> <input type="checkbox"/> <i>Mayagüez</i> <input type="checkbox"/> <i>Ponce</i> <input type="checkbox"/> <i>San Juan</i> Municipio: _____				
Dirección física: _____ _____	Dirección postal: _____ <small>__ Dirección igual a la física</small>		Evidencia de dirección: <input type="checkbox"/> Factura de AAA <input type="checkbox"/> Factura de AEE <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Comprobación Diagnóstica	Prueba con resultado positivo a VIH: <input type="checkbox"/> Algoritmo de VIH última generación (aprobada por la FDA) <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> Laboratorio Carga viral de VIH y CD4 (que no excedan 6 meses) <input type="checkbox"/> Certificación del Médico Tratante de VIH del Participante			
Elegibilidad Económica <small>(Seleccionar una de las siguientes alternativas.)</small>	<input type="checkbox"/> Determinación económica por MEDICAID: _____ <input type="checkbox"/> Autodeclaración de ingresos en casos especiales para elegibilidad a corto plazo <input type="checkbox"/> Evidencia de tarjeta vigente del Plan Vital validado en el portal de Medicaid Otros: <input type="checkbox"/> Certificación del PAN/TANF <input type="checkbox"/> Certificado de desempleo <input type="checkbox"/> Sección 8/ Vivienda		Nivel de Pobreza Federal: <input type="checkbox"/> ≤ de 100% <input type="checkbox"/> 101-200% <input type="checkbox"/> 201-300% <input type="checkbox"/> 301- 400% <input type="checkbox"/> ≥ de 401%	
Aseguramiento	<input type="checkbox"/> No posee plan médico <input type="checkbox"/> Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico/ Fecha de vigencia: _____ __ Cubierta especial de VIH __ Evidencia de Trámite de Cubierta Especial <input type="checkbox"/> Plan médico privado: _____/ Fecha de vigencia: _____ __ Certificación de Cubierta (detalles cubierta de farmacia y/o pruebas especializadas) <input type="checkbox"/> Medicare: __ Parte A __ Parte B __ Parte D __ Advantage __ Platino Fecha de vigencia: _____			

Certifico que toda la información que he provisto en esta solicitud es verdadera y correcta, así como las evidencias sometidas. Si deliberadamente ofrezco alguna información falsa en esta solicitud, se me puede exigir la devolución de los beneficios recibidos por el Programa Ryan White y podría iniciar una acción judicial de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes.

Firma del Solicitante o Representante	Fecha (Mes/Día/Año)
Nombre del Representante Autorizado del Programa Ryan White o centro clínico	Firma del Representante Autorizado del Programa Ryan White o centro clínico

Anejo 5



Autorización Para Divulgar Información Protegida

Yo, _____,
(Nombre del Asegurado/a)

_____ autorizo
_____ no autorizo

a _____ a divulgar la información protegida
(Nombre del Programa subvencionado por Ryan White)

necesaria para la coordinación de otros servicios auspiciados por Ryan White, mediante la agilización de los procesos de determinación de elegibilidad a fin de acceder los servicios esenciales de salud y apoyo de VIH. La descripción de la información a divulgarse está contenida en el Formulario Oficial de Elegibilidad para Recibir Servicios Ryan White en Puerto Rico, así como los documentos que evidencian los criterios de elegibilidad, a saber: **Comprobación de identidad, Residencia en Puerto Rico, Comprobación diagnóstica, Elegibilidad económica y Aseguramiento**. La información protegida será custodiada por el centro clínico u organización en la que recibo servicios y completé y certifiqué el formulario. Además, formará parte de una base de datos electrónica dedicada a información de elegibilidad a los servicios de Ryan White: **Sistema de Elegibilidad Ryan White en Puerto Rico**. Esta base de datos, custodiada por el Programa Ryan White Parte B/ADAP del Departamento de Salud, es un sistema cerrado de usuarios autorizados que pueden acceder a la información de las personas con diagnóstico positivo al VIH que autoricen a compartir el formulario y la documentación requerida, según los criterios medulares de elegibilidad de los Programas Ryan White, con el fin de coordinar los servicios de tratamiento y apoyo.

A menos que revoque esta autorización anticipadamente, la misma caducará en un (1) año a partir de la fecha de mi firma. Para revocar esta autorización, debo entregar una petición por escrito al centro clínico u organización en la que recibo servicios subvencionados por los fondos Ryan White. De solicitar una revocación, la misma no aplicará a la información ya revelada debido a la firma de esta autorización.

Firma del Asegurado/a: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Anejo 6



COMPONENTE DE MANEJO DE CASO CLÍNICO

PLAN DE SERVICIOS INDIVIDUALIZADO DE CUIDADO

Nombre del participante _____ Manejador de Caso Clínico _____ Núm. Exp. _____

Fecha (Primera Actualización del Periodo y/o Desarrollo de Plan Inicial):			Fecha (Segunda Actualización del Periodo):		
Necesidades Identificadas:	Plan de Trabajo	Resultados	Necesidades Identificadas:	Plan de Trabajo	Resultados
<input type="checkbox"/> Medicamentos			<input type="checkbox"/> Medicamentos		
<input type="checkbox"/> Seguro Médico			<input type="checkbox"/> Seguro Médico		
<input type="checkbox"/> Consejería en Adherencia			<input type="checkbox"/> Consejería en Adherencia		
<input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental			<input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental		
<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud Dental			<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud Dental		
<input type="checkbox"/> Cuidado de la Visión			<input type="checkbox"/> Cuidado de la Visión		
<input type="checkbox"/> Cuidado ginecológico / obstétrico			<input type="checkbox"/> Cuidado ginecológico / obstétrico		
<input type="checkbox"/> Terapia Médico Nutricional			<input type="checkbox"/> Terapia Médico Nutricional		
<input type="checkbox"/> Uso problemático sustancias/alcohol			<input type="checkbox"/> Uso problemático sustancias		
<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud en el hogar			<input type="checkbox"/> Cuidado de Salud en el hogar		
<input type="checkbox"/> Transportación			<input type="checkbox"/> Transportación		
<input type="checkbox"/> Alimentos			<input type="checkbox"/> Alimentos		
<input type="checkbox"/> Servicios de Vivienda			<input type="checkbox"/> Servicios de Vivienda		
<input type="checkbox"/> Agencias Gubernamentales			<input type="checkbox"/> Agencias Gubernamentales		
<input type="checkbox"/> Agencias Comunitarias			<input type="checkbox"/> Agencias Comunitarias		
<input type="checkbox"/> Servicios Legales			<input type="checkbox"/> Servicios Legales		
<input type="checkbox"/> Ayuda Económica de Emergencia	<input type="checkbox"/> Ayuda Económica de Emergencia				
<input type="checkbox"/> Establecimiento de Tarifas Ajustadas	<input type="checkbox"/> Establecimiento de Tarifas Ajustadas				
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____				

Firma del MCC: _____

Firma del MCC: _____

Firma del participante: _____

Firma del participante: _____

Nota: Yo, _____, Manejador de Caso Clínico, certifico con mi firma que, vía llamada telefónica, se ha discutido el plan de servicios para la fecha _____ y/o la fecha _____ y el participante brindo su consentimiento para esta intervención telefónica.

Iniciales del MCC: _____

Anejo 7



**DEPARTAMENTO DE SALUD
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS
CLINICO**

CERNIMIENTO Y CONSEJERIA DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO

Nombre del paciente		Número de expediente	
Terapia actual de medicamentos			
Fecha de inicio de tratamiento			

PREGUNTAS	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA								
1. ¿Está utilizando drogas y/o alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
2. ¿Cuántas veces al día tomas medicamentos?												
3. ¿Cuántas dosis no tomó la semana pasada?												
4. Si no tomó alguna dosis: ¿Cuál fue la razón principal para dejar de tomártelos?	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento	<input type="checkbox"/> Olvido	<input type="checkbox"/> Efectos Secundarios	<input type="checkbox"/> No tenía receta	<input type="checkbox"/> Actitud negativa al tratamiento
Otro:												
5. ¿Desde la última visita tuvo más o menos dificultades para tomar medicamentos?	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> No hubo cambio	<input type="checkbox"/> Más	<input type="checkbox"/> Menos	<input type="checkbox"/> No hubo cambio
Razones:												
6. ¿Cuántas citas ha perdido en los últimos tres meses? (Incluye médicas y laboratorio)	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Muchas	<input type="checkbox"/> Pocas	<input type="checkbox"/> Ninguna
Razones:												

7. Discutir y acordar con el participante estrategias a utilizar para recordar tomar sus medicamentos de forma regular y asistirá sus citas clínicas:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alarma | <input type="checkbox"/> Alarma | <input type="checkbox"/> Alarma | <input type="checkbox"/> Alarma |
| <input type="checkbox"/> Anotaciones | <input type="checkbox"/> Anotaciones | <input type="checkbox"/> Anotaciones | <input type="checkbox"/> Anotaciones |
| <input type="checkbox"/> Apoyo social o emocional | <input type="checkbox"/> Apoyo social o emocional | <input type="checkbox"/> Apoyo social o emocional | <input type="checkbox"/> Apoyo social o emocional |
| <input type="checkbox"/> Calendario | <input type="checkbox"/> Calendario | <input type="checkbox"/> Calendario | <input type="checkbox"/> Calendario |
| <input type="checkbox"/> Dibujos | <input type="checkbox"/> Dibujos | <input type="checkbox"/> Dibujos | <input type="checkbox"/> Dibujos |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Familiar |
| <input type="checkbox"/> Instrucciones escritas | <input type="checkbox"/> Instrucciones escritas | <input type="checkbox"/> Instrucciones escritas | <input type="checkbox"/> Instrucciones escritas |
| <input type="checkbox"/> Pastillero | <input type="checkbox"/> Pastillero | <input type="checkbox"/> Pastillero | <input type="checkbox"/> Pastillero |
| <input type="checkbox"/> Recordatorio por parte del CPTET | <input type="checkbox"/> Recordatorio por parte del CPTET | <input type="checkbox"/> Recordatorio por parte del CPTET | <input type="checkbox"/> Recordatorio por parte del CPTET |
| <input type="checkbox"/> Rutina diaria | <input type="checkbox"/> Rutina diaria | <input type="checkbox"/> Rutina diaria | <input type="checkbox"/> Rutina diaria |

Otras

Recomendaciones:

Notas:

Firma del Manejador de Casos Clínico

Anejo 8



**DEPARTAMENTO DE SALUD
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS
CLINICO**

HOJA DE REFERIDO

Fecha del Referido: _____

Número Referido: _____

Tipo de Referido: Externo Interno

Persona o Centro que refiere al paciente: _____

Información de contacto: _____

Nombre del paciente _____

Teléfono del paciente: _____

Persona o Agencia a la que se refiere el paciente: _____

Referido a servicios de: _____

Comentarios/Observaciones: _____

Clínica (Pueblo): _____

Firma del Manejador de Caso: _____

✂-----**(Favor desprender y devolver al participante una vez completado)**-----

Fecha del Referido: _____

Nombre del paciente _____

Número Referido: _____

Teléfono del paciente: _____

Persona o Agencia a la que se refiere el paciente: _____

Acción Tomada: _____

Firma Representante de la Agencia

Fecha

Anejo 9

Anejo 10



**DEPARTAMENTO DE SALUD
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS
CLINICO**

NOTAS DE INTERVENCIÓN

Nombre del participante: _____

Núm. Expediente: _____

Fecha: _____

Entrevista Inicial

Entrevista Seguimiento

Referido por:

- Médico
- Farmacia
- EPI
- Educador en Salud

- Psicólogo
- Técnico de Enlace a Cuidado
- Voluntario
- Citado

- Outreach de la Agencia Coordinadora
- Agencia: _____

Razón / Necesidad: _____

Intervención:

- Orientación de Servicios
- Formulario de Elegibilidad Servicios Ryan White en PR
- Historial Bio-Psicosocial
- Consejería ADAP / HIAP
- Re-certificación ADAP / HIAP
- Plan de Trabajo / Actualización
- Acceso a medicamentos NO pagos por ADAP
- Consentimientos

- Desarrollo de plan individualizado
- Cubierta Especial
- Intervención telefónica
- Revisión de expediente
- Entrevista con colaterales
- Consejería reducción de riesgo
- Recordatorio de citas

- Consejería Adherencia
- Plan de fortalecimiento de Adherencia
- Discusión de caso
- Seguimiento a Ausencias
- Seguimiento a Referido
- Coordinación a Referido
- Cierre del Expediente

Referido a:

- Médico
- Farmacia
- ADAP/ADAPEL
- Educador/a en Salud

- Psicólogo/a
- Técnico de Enlace a Cuidado
- Organización de Base Comunitaria

- Aseguradora
- Agencia de Gobierno Estatal/ Municipal
- Otro: _____

Seguro Médico:

- ADAP/Reforma

- ADAP PURO

- Plan Privado/HIAP

- Plan Privado

Fecha de vencimiento:

_____/_____/_____

Fecha de Cita de Seguimiento: _____

Observaciones: _____

Firma del Manejador/a de Casos Clínico

Registrado en CAREWARE

Anejo 11



**DEPARTAMENTO DE SALUD
COMPONENTE DE MANEJO DE CASOS
CLINICO**

INFORME DE TRANSFERENCIA/CIERRE DE CASO

Nombre del participante _____

Récord: _____

Fecha Inicio Servicios Manejo de Casos _____

CPTET: _____

RAZÓN DE CIERRE:

- Alta
- Transferencia a otra Clínica
- Transferencia a EU
- Caso Perdido
- Fallecido
- Otro: _____

RESUMEN DE LOS SERVICIOS PROVISTOS:

RECOMENDACIONES:

Firma del Manejador de Caso Clínico

Fecha

Anejo 12



Código VIH (Etiqueta Engomada)*

Consentimiento Universal para Pruebas de Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Enlace Temprano a Tratamiento

Lugar del Servicio: Pueblo: Código Postal:

Favor leer cada premisa que aparece en este documento y completar los espacios provistos, según corresponda.

- 1. Se me ha orientado sobre los servicios que recibiré y de las implicaciones de los resultados y las alternativas para seguimiento y referidos a tratamiento. Reconozco que hacerme las pruebas es una acción voluntaria; que mis derechos de privacidad y seguridad en el manejo de la información de salud serán salvaguardados y se garantizará la entrega de resultados de manera estrictamente CONFIDENCIAL. Se me explicó que de ser menor de 21 años puedo realizarme las pruebas sin la necesidad del consentimiento de padres o tutores, según lo dispone la Ley Núm.81 de 4 de junio de 1983, según enmendada (Ley Núm.81 de 1983).
2. Acepto realizarme la(s) prueba(s) de detección de infecciones de transmisión sexual y VIH que se me ha(n) ofrecido y recibir el(los) resultado(s) de la(s) siguientes pruebas: [] VIH [] Sífilis [] Clamidia/Gonorrea [] Otras
3. Se me ha orientado que el recibir el(los) resultado(s) es tan importante como realizarme la(s) prueba(s). Entiendo que si no asisto a recoger el(los) resultado(s) de esta(s) prueba(s) el personal del Departamento de Salud puede localizarme, independientemente de que mi(s) prueba(s) sean positiva o negativa, para ofrecerme servicios, referidos para pruebas adicionales y tratamiento de ser necesario, según lo dispone la Ley 81 de 1983. Un(a) Técnico(a) en Epidemiología del Departamento me puede contactar, localizar o entrevistar para ofrecerme el Servicio de Notificación de Parejas.
4. Se me explicó lo siguiente: 1) Qué significa obtener un resultado positivo preliminar en una prueba rápida o convencional para el VIH y la importancia de presentarme a mi cita médica para realizar una prueba que confirme mi diagnóstico final y comenzar tratamiento de ser necesario. 2) Si el resultado de la prueba de VIH es positivo, cómo se impacta mi salud si no comienzo o descontinuo mi tratamiento para VIH. 3) Por qué es importante presentarme a la visita médica luego de conocer el resultado de la prueba confirmatoria. 4) Qué puede ocurrir si descontinuo mi tratamiento sin consultarlo con las personas encargadas del cuidado de mi salud.
5. Se me ha orientado y doy mi consentimiento que en caso de tener un resultado positivo al VIH y no presentarme a recibir servicios clínicos, el Departamento de Salud de Puerto Rico y los Centros Clínicos y de Apoyo Especializados en VIH, podrán referir mi caso a los servicios de búsqueda. Este servicio es para ayudarme en el manejo de situaciones relacionadas a la condición, superarlas; dar seguimiento, enlazar o reenlazar a tratamiento y así continuar viviendo de forma saludable y con una mejor calidad de vida.

Certifico que recibí orientación sobre la información arriba presentada: _____

Formulario de datos personales y profesionales que incluye campos para: Apodo, Fecha de Nacimiento, Sexo, Edad, Teléfonos, Direcciones, Correo electrónico, Contacto, Firma de quien recibe el servicio, Firma de Testigo, Fecha, Nombre y puesto de quien provee el servicio, Entrega de Resultados.

Anejo 13



DEPARTAMENTO DE SALUD

CONSENTIMIENTO PARA VISITAS AL HOGAR Y LLAMADAS

Yo _____, edad ____, autorizo al personal del Departamento de Salud y al personal del Centro Clínico _____, localizado en _____ a contactarme para conocer si comencé, estoy o descontinué mi tratamiento médico para el VIH. Este servicio de contacto es para ayudarme en el manejo de situaciones relacionadas a la condición, superarlas; dar seguimiento o reconectar a los/las pacientes a su tratamiento y así continuar viviendo de forma saludable y con una mejor calidad de vida. Reconozco que este servicio es completamente **VOLUNTARIO** y estrictamente **CONFIDENCIAL**. Además, reconozco que el mismo podrá ser revocado en cualquier momento por escrito.

Qué significa el no comenzar o el descontinuar mi tratamiento de VIH:

- ✓ Tener una prueba rápida para el VIH positiva preliminar y no haberme presentado a cita médica para una prueba confirmatoria de mi diagnóstico final y comenzar tratamiento.
- ✓ No haberme presentado para una visita médica luego de conocer el resultado de la prueba confirmatoria.
- ✓ Haber faltado a las citas médicas del Centro Clínico _____ por más de 6 meses.
- ✓ No realizarme laboratorios para el manejo de la condición de VIH en los últimos 3 meses (Carga viral, CD4)
- ✓ No haber cumplido en el recogido e ingesta de los medicamentos para la condición de VIH, según las instrucciones del médico.
- ✓ No haber notificado al personal de la Clínica sobre cambios de lugar de tratamiento, traslado, mudanza dentro y fuera de Puerto Rico.

Favor de marcar todas las alternativas en que usted desearía que le contactemos. **El personal de la Clínica no ofrecerá información confidencial ni se identificará con el nombre de la Clínica cuando realice la llamada. Para fines de identificación, el personal validará su nombre completo, últimos cuatro dígitos de su Seguro Social, su dirección y su fecha de nacimiento.** Estas formas de identificación serán utilizadas antes de que el personal ofrezca información sobre el motivo de la llamada. Al visitar o llamar, se considerará que familiares podrían no conocer de la condición del paciente; no se dará información a personas no autorizadas.

Consentimiento para llamadas telefónicas

No No consiento a llamadas telefónicas

Sí Consiento a llamadas telefónicas:

- Se puede dejar mensaje sólo con el nombre del empleado (sin incluir el nombre de la Clínica)
- Se puede dejar mensaje con el nombre del empleado y número de teléfono de la Clínica (sin incluir el nombre de la Clínica)
- No se puede dejar mensajes

Teléfono del paciente: _____ Celular del Paciente: _____

Contactos:	Nombre	Relación	# de Teléfono
	_____	_____	_____

Contactos:	Nombre	Relación	# de Teléfono
	_____	_____	_____

Correo electrónico _____

Consentimiento para visitas al hogar

No No consiento a visitas en el hogar

Sí Consiento a ser referido a los servicios de búsqueda y retención en cuidado del Departamento de Salud para ser visitado y/o contactado si discontinúo mi tratamiento clínico:

- Se puede dejar notificación escrita de la visita sólo con el nombre del empleado (sin escribir el nombre de la Clínica)
- Se puede dejar notificación escrita de la visita con el nombre del empleado y número de teléfono de la Clínica (sin escribir el nombre de la Clínica)
- No se puede dejar notificación

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Certifico que he recibido orientación sobre la importancia de mantenerme adherente al tratamiento médico para mi bienestar de salud. Además, se me ha explicado el servicio que me ofrece la clínica para apoyarme a continuar con mi tratamiento médico.

Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo y protegido por leyes y reglamentos estatales y federales respecto a la divulgación de mi información personal de salud (42 CFR Parte 2 y Regulaciones de Privacidad Federal HIPAA). Estoy consciente que el Departamento de Salud, las Agencias Coordinadoras contratadas por este y las Clínicas que ofrecen tratamiento de VIH están obligadas a cumplir con dichas leyes y reglamentos respecto a la divulgación de mi información privilegiada de servicios de salud.

Nombre y Apellido del Profesional que Orienta

Firma del Profesional que Orienta

Revisado: Mayo 2022