



*****ANEJO 2*****

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS C
SUBVENCIONADOS POR EL PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP**

Nombre del Paciente: [_____] # Proyecto VHC: _____ # ADAP: _____

Mediante este consentimiento reconozco que he sido orientado sobre la ley HIPAA y la protección de información protegida de salud. Entiendo que con el propósito de recibir los medicamentos para la Hepatitis C subvencionados con los fondos provistos por el Programa Ryan White Parte B/ADAP, personal de dicho programa recibirán toda la información clínica y personal necesaria que se encuentre en mi expediente de Hepatitis C / VIH, con el propósito de determinar mi elegibilidad al tratamiento.

Acepto que he sido debidamente orientado acerca de los criterios clínicos recomendados por la Guía de Tratamiento de Hepatitis C del Departamento de Salud de Puerto Rico, los beneficios asociados con la terapia seleccionada; al igual que los posibles efectos adversos y consecuencias de no cumplir con éstas y otras recomendaciones indicadas por el médico.

Es por cuanto me hago responsable y me comprometo a los siguientes enunciados, según aplique:

- ___Evitar el embarazo mientras recibo el tratamiento para Hepatitis C y hasta 14 días luego de finalizar el mismo. (Si aplica)*
- ___NO embarazar a la pareja mientras recibo el tratamiento para Hepatitis C.*
- ___Disminuir las conducta(s) de riesgo que pueda ocasionar que me vuelva a re- infectar con la Hepatitis C, luego de haber recibido el tratamiento; reconociendo que pudiese no ser reelegible, según los criterios establecidos o no se dispongan de los fondos para recibir nuevamente tratamiento, en caso de una re-infección.*

[_____]

Nombre del Paciente

Firma

[_____]

Fecha

[_____]

Nombre del Médico

Firma

[_____]

Fecha