

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Nombre del Afiliado:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Una evaluación es requerida para todas las personas solicitando o recibiendo asistencia de cuidado a largo plazo. Esto incluye los programas de exención; Programa de Atención Institucional (ICP) y Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS).

Para que el Departamento de Asuntos de Personas Mayores (DOEA) evalúe mis necesidades, doy mi consentimiento a lo siguiente:

- Acepto la evaluación para identificar mi necesidad de atención a largo plazo, y para determinar si mis necesidades pueden ser satisfechas en la comunidad en lugar de un asilo de ancianos.
- Autorizo al personal de DOEA, el acceso a mis registros médicos incluyendo documentos relacionados con condiciones médicas delicadas que involucren; abuso de drogas, alcohol o sustancias, tratamiento psicológico o psiquiátrico, VIH/SIDA y/o enfermedades de transmisión sexual. Entiendo y acepto que es posible que DOEA necesite hablar con mi proveedor médico y otros profesionales de la salud. También entiendo que es posible que necesiten entrevistar a los miembros de mi familia, amigos cercanos, y profesionales de servicios sociales respecto a mi situación.
- Esta autorización se mantendrá en efecto, a menos que se revoque por escrito, durante el tiempo que dure la solicitud o mientras reciba servicios de atención a largo plazo.

Por este medio reconozco que he recibido una notificación del Aviso de Practicas de Privacidad de DOEA disponible en [www.elderaffairs.org/about-us/hipaa/notice-of-privacy-practices](http://www.elderaffairs.org/about-us/hipaa/notice-of-privacy-practices), y entiendo que hay una copia impresa disponible a pedido.

\_\_\_\_\_  
**Afiliado o Representante del Afiliado**

\_\_\_\_\_  
**Parentesco (si el representante firma)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**