



02/05/2024

Adjunto encontrará los formularios de inscripción de clientes para el Programa Dental Ryan White (RWDP). Por favor, complete toda la información lo mejor que pueda. **AHORA ESTAMOS OBLIGADOS A OBTENER VERIFICACIONES FINANCIERAS, DE SEGURO DE SALUD Y DE RESIDENCIA CADA DOCE MESES PARA LOS CLIENTES ACTIVOS.**

**Las solicitudes de recertificación enviadas con menos de 30 días de antelación a la fecha de caducidad anterior no se tramitarán, se le notificará y se destruirá la solicitud.**

Para recibir los servicios del RWDP, los clientes deben tener un diagnóstico de VIH/SIDA y residir en Massachusetts o en los tres condados del sudeste de New Hampshire. Cualquier persona, independientemente de sus ingresos, puede recibir asesoramiento y ser remitida a un dentista. Si el cliente necesita ayuda financiera, sus ingresos brutos anuales no deben superar el 500% del nivel federal de pobreza (2024: \$75,300; sumar \$26,900 por dependiente).

Si un cliente tiene MassHealth, está obligado a ver a un dentista que acepte MassHealth. Si un cliente tiene un seguro dental privado, el RWDP no puede pagar los copagos ni los saldos restantes. Estas son las directrices establecidas en nuestra subvención, y se aplican estrictamente.

**Antes de programar una cita con el dentista, DEBE CONFIRMAR su elegibilidad y el estado de participación del consultorio dental. El programa tiene acuerdos especiales con dentistas contratados, y las remisiones deben venir directamente de nuestro personal. Los consultorios dentales pueden tener políticas para ausencias injustificadas, recargos por retraso y otras penalizaciones por no acudir a las citas o por no llamar.** RWDP no puede reembolsarle estos gastos. Se recomienda encarecidamente estar en comunicación con su consultorio dental sobre cuestiones de programación.

Una vez aprobada la solicitud, se enviará una carta explicando las fechas de cobertura. Si un cliente desea que se le envíe la correspondencia al administrador del caso, indique la dirección de éste en la línea "Dirección postal".

Las solicitudes pueden enviarse por fax o por correo. No dude en ponerse en contacto con nosotros si tiene alguna pregunta. También puede encontrar información sobre el programa y formularios en [boston.gov/bphc-rwdp](https://boston.gov/bphc-rwdp).

Ryan White Dental Program



## Lista de control para la inscripción en el Programa Dental Ryan White

- ❑ **Formulario de inscripción completado**
- ❑ **Consentimiento para la divulgación de información:** Léalo atentamente, complételo, fírmelo y féchelo. Si no realizamos una remisión al dentista, deje los campos del dentista en blanco.
- ❑ **Procedimiento de reclamación del Programa Dental Ryan White:** Léalo atentamente, fírmelo y féchelo.
- ❑ **Prueba del estado serológico respecto al VIH:** Carta firmada por un médico o enfermero en la que se declare el estado serológico respecto al VIH. También se aceptan resultados de laboratorio. (Si se trata de una actualización, podrá utilizarse la verificación que conste en el expediente).
- ❑ **Comprobante de ingresos:** (el ingreso máximo anual para recibir ayuda económica es de \$75,300.00 por familia de una persona) --**sólo presentar uno:**
  - copia del último formulario fiscal
  - copia de la declaración de SSI/SSDI
  - Los dos últimos recibos de sueldo
  - Carta del administrador del caso que acredite sus ingresos.
- ❑ **Prueba de residencia** - (el programa exige residencia principal en Massachusetts o en estos condados de New Hampshire: Hillsborough, Rockingham y Strafford. Debe coincidir con la dirección que figura en el Formulario de inscripción del cliente) --**presente sólo una de las siguientes:**
  - 2 talones de pago en los que figure su dirección
  - copia de la último formulario fiscal en el que figure su dirección
  - copia de la declaración de SSI/SSDI en la que aparezca su dirección
  - copia de facturas de servicios públicos
  - copia del permiso de conducir activo o de la tarjeta de identificación estatal
  - copia del recibo de la prima del seguro de salud en el que figure su dirección
  - Carta del administrador del caso que acredite su residencia.
- ❑ **Prueba de seguro médico** -- **presente sólo una de las siguientes:**
  - Carta de aprobación del HDAP
  - Carta de la aseguradora
  - Extracto de la prima del seguro de salud
  - Carta de aprobación de MassHealth
  - copia de la tarjeta del seguro
  - Carta del administrador del caso que acredite su seguro de salud.

Como recordatorio, el RWDP no cubre los copagos ni los saldos restantes de ningún otro seguro dental. RWDP sólo puede pagar si todas las demás aseguradoras se han negado a pagar y está dentro del ámbito de servicio de RWDP. Tenga en cuenta que, una vez inscrita, la persona debe actualizar sus datos cada doce meses para permanecer activa. RWDP sólo puede pagar los servicios mientras la cobertura esté activa. Envíe los formularios y las verificaciones por correo o fax.

02/05/2024



## CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_:

- I. Autorizo al Programa Dental Ryan White (RWDP) de la Comisión de Salud Pública de Boston a divulgar a proveedor dental: \_\_\_\_\_ mi nombre y elegibilidad en el RWDP, que incluye mi estado de VIH.
- II. Autorizo la divulgación de mi(s) plan(es) de tratamiento dental y otra información médica confidencial de: \_\_\_\_\_ a RWDP con el fin de determinar mi elegibilidad en el RWDP. Esto puede incluir, entre otras cosas, información como mi nombre, diagnósticos relacionados con mi estado de VIH, información sobre el tratamiento de abuso de sustancias, circunstancias financieras y arreglos de vivienda. Entiendo que la revisión de mi expediente por el personal del RWDP sólo se utilizará para determinar mi elegibilidad en el RWDP y que la información nunca será copiada ni compartida fuera del RWDP a menos que yo mismo lo autorice expresamente.
- III. Autorizo la divulgación de mi(s) plan(es) de tratamiento dental y de información confidencial para hablar con mi administrador de casos: \_\_\_\_\_.
- IV. Autorizo a RWDP a discutir información confidencial con mi médico de cabecera: \_\_\_\_\_.
- V. Autorizo a RWDP a discutir mi información dental, que puede incluir la divulgación de mi estado de VIH, con mi pareja, hermano/a, padre/madre, tutor ad litem, defensor de pares u otro: \_\_\_\_\_.

- \* \_\_\_\_\_(Iniciales) Doy mi consentimiento para la comunicación telefónica y por correo electrónico entre RWDP y yo.
- \* \_\_\_\_\_(Iniciales) Doy mi consentimiento para la comunicación por teléfono y correo electrónico entre RWDP y el administrador de mi caso con el fin de confirmar mi nombre y elegibilidad, planes de tratamiento y otra información confidencial según sea necesario para mi cumplimiento en RWDP.
- \* \_\_\_\_\_(Iniciales) Doy mi consentimiento para la comunicación por teléfono y correo electrónico entre RWDP y mi proveedor dental con el fin de confirmar mi nombre y elegibilidad, planes de tratamiento y otra información confidencial según sea necesario para mi cumplimiento en RWDP.

Acepto los riesgos de las formas de divulgación descritas anteriormente, a pesar de las precauciones tomadas por RWDP para mantener la confidencialidad. Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y, en tal caso, podría no estar sujeta a la ley federal o estatal que protege su confidencialidad. Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento, salvo en la medida en que el programa/proveedor que vaya a realizar la divulgación ya haya tomado medidas basándose en él. Si no ha sido revocado previamente, este consentimiento expirará un (1) año después de su firma.

Firma del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(cuando corresponda)



# Formulario de inscripción para clientes del Programa Dental Ryan White

Para uso de la  Cliente Nuevo  
 Cliente Actualizado

Fecha:

## SECCIÓN 1 – IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA PACIENTE

Nombre:  Inicial del segundo nombre:  Apellido:

Fecha de nacimiento:  Últimos 4 dígitos del SSN:  Nombre de la madre:

Sexo al nacer:  Male  Female **Género actual:**  Male  Transgénero  Female  Desconocido **Si es transgénero marque uno:**  Hombre a mujer  Mujer a hombre  Sin especificar

## SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DE CONTACTO Y DEMOGRÁFICA

Dirección:  Ciudad:

Estado:  Código postal:

Marque si es la misma que la dirección postal  Marque si el/la cliente se encuentra actualmente sin vivienda

Dirección postal:  Ciudad:

Estado:  Código postal:

Teléfono:  Correo electrónico:

Marque Sí o No en la siguiente

- a) ¿Podemos llamarle?  Sí  No  
 b) ¿Podemos dejar mensajes de voz?  Sí  No  
 c) ¿Podemos enviarle un correo electrónico?  Sí  No  
 d) Deseo que todo el correo se envíe sólo a mi administrador de casos  Sí  No

Administrador de casos:  Agencia:

Teléfono:  Correo electrónico:

Dirección postal:  Ciudad:

Estado:  Código postal:

Raza. Seleccione todas las que correspondan:

- Aborigen del territorio estado-unidense/nativo(a) de Alaska  Asiático(a)  Negro(a)/Afroamericano(a)  
 Nativo(a) de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco  Desconocido/No identificado

Origen étnico. Marque una casilla:

- Hispano(a)/Latino(a)  No hispano(a)/Latino(a)  Desconocido

Grupos raciales/étnicos adicionales. Seleccione todos los que correspondan:

- Brasileño(a)  Cabo-verdiano(a)  Europeo(a) del este  
 Haitiano(a)  Portugués(a)  Sudeste asiático(a)  
 Africano(a) subsahariano  Otro (especificar)

Idioma principal:

País de nacimiento:

Año de entrada a los EE.UU. (si no nació en los EE. UU.):

### SECCIÓN 3 - ESTADO Y DIAGNÓSTICO DE VIH

Fecha de diagnóstico de VIH (MM/DD/AA)  Fecha de diagnóstico del SIDA (si corresponde):   
(MM/DD/AA)

Recuento reciente de CD4:  Fecha:   
(MM/DD/AA)

Carga vírica reciente:  Fecha:   
(MM/DD/AA)

Categoría de exposición al VIH: Seleccione todas las que correspondan:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)  Consumidores de drogas inyectables (CDI)  Contacto heterosexual  Hemofilia/Trastorno de coagulación  
 A través de sangre, hemoderivados, tejidos  Otro  Desconocido

Médico de primaria:  Fecha de la última visita:   
(MM/DD/AA)

Teléfono:

¿Ha sido diagnosticado(a) con Hepatitis C (HCV)?  Sí  No

### SECCIÓN 4 - INGRESOS, SEGUROS Y VIVIENDA

¿Tiene empleo?  Sí  No Ingresos anuales:  Tamaño de la familia:

Seguro de salud: Seleccione todas las

- Ninguno  MassHealth:  Estándar  Limitado  
Medicare  Privado  Otro:

Seguro dental: Seleccione todas las

- Ninguno  MassHealth:  Estándar  Limitado  
Medicare  Privado  Otro:

Situación de vivienda: Seleccione una opción

- Vivienda permanente  Vivienda de transición  Albergue de emergencia  
 Institución psiquiátrica  Institución de tratamiento de abuso de sustancias  Encarcelado(a)  
 Estancia temporal en casa de un familiar/amigo

Si tiene vivienda permanente:

- Propia  Alquilada  
¿El alquiler está subvencionado?  Sí  No

### SECCIÓN 5 – SERVICIOS

Problema dental: Seleccione todos los que correspondan:

- Dolor  Sangrado  Inflamación  Lesiones bucales  Gingivitis  Caries  Diente roto o astillado  
 Dientes faltantes  Necesita dentadura postiza

Lugar de la última visita al dentista:  Teléfono:

Fecha de la última cita:  Motivo de la visita:  Rutina  Emergencia  Cirugía  
 Endodoncia  Prótesis  Periodoncia  Otro

¿Conocía la clínica dental su estado respecto al VIH?  Sí  No ¿Quedó satisfecho(a) con la atención?  Sí  No

Si el/la paciente no ha visitado al dentista en los últimos doce meses, por favor indique las razones:

- Financiera  Divulgación/Confidencialidad  Discriminación  No es conveniente  
 Temor  Traslado/Distancia  Falta/Desconocimiento  Otro



## PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN DEL PROGRAMA DENTAL RYAN WHITE (RWDP)

Las quejas de los clientes se tienen muy en cuenta. Se gestionan dependiendo del objetivo y la naturaleza de la queja.

Durante el proceso de admisión al RWDP, el/la cliente debe recibir información sobre los procedimientos de reclamación contra un proveedor dental asociado al RWDP o contra el propio RWDP.

- I. Si un(a) cliente tiene una preocupación acerca de un proveedor dental a quien él/ella fue remitido(a) por el RWDP, se debe aconsejar al/a la cliente que llame al RWDP al 617-534-2344 para obtener una resolución y/o una nueva remisión.
- II. Se debe informar a los clientes que las quejas contra el RWDP o su personal pueden dirigirse al Director del RWDP. Si esto no satisface al/a la cliente o a su representante, la queja puede presentarse al Director de la Oficina de Enfermedades Infecciosas de la Comisión de Salud Pública de Boston, llamando al (617) 534-5611.

Si alguien llama al RWDP en relación con una queja contra un proveedor dental que no pertenece al RWDP, la persona debe ser informada de las siguientes opciones:

- a) Póngase en contacto con el Colegio de Odontólogos
- b) Contacte con un abogado

Firma del/de la cliente: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_