

MCC ADMINISTRATIVE DOCUMENTS PACKET

Appendix D provides templates referenced in the MCC Guidelines that support MCC service delivery, client communication, and adherence to program and regulatory requirements.

Contents of this Appendix include:

- Client Bill of Rights and Responsibilities (English and Spanish)
- e2LA Consent to Receive Services (also known as the Global Consent) (English and Spanish)

The other required forms described in the MCC Guidelines are typically agency-specific documents and are not included here.

PATIENT & CLIENT BILL OF RIGHTS AND RESPONSIBILITIES

It is the provider's responsibility to provide clients a copy of the Patient & Client Bill of Rights and Responsibilities in all service settings, including telehealth. The purpose of this Patient & Client Bill of Rights and Responsibilities is to help enable clients to act on their own behalf and in partnership with their providers to obtain the best possible HIV/AIDS care and treatment. This Bill of Rights and Responsibilities comes from the hearts of people living with HIV/AIDS in the diverse communities of Los Angeles County. As someone newly entering or currently accessing care, treatment, or support services for HIV/AIDS, you have the right to:

A. Respectful Treatment and Preventative Services

1. Receive considerate, respectful, professional, confidential, and timely care and preventative services (such as screenings and vaccinations) in a safe client-centered, trauma-informed environment without bias.
2. Receive equal and unbiased care according to your age and needs in accordance with federal and state laws.
3. Receive information about the qualifications of your providers, particularly about their experience managing and treating HIV/AIDS or related services.
4. Be informed of the names and work phone numbers of the physicians, nurses, and other staff members responsible for your care.
5. Receive safe accommodations for protection of personal property while receiving care services.
6. Receive services that are culturally and linguistically appropriate, including having a full explanation of all services and treatment options provided clearly in your own language and dialect.
7. Review your medical records and receive copies of them upon your request (reasonable agency policies including reasonable fee for photocopying may apply).

B. Competent, High-Quality Care

1. Have your care provided by competent, qualified professionals who follow HIV treatment standards as set forth by the U.S. Department of Health and Human Servicesⁱ (HHS), the Centers for Disease Control and Preventionⁱⁱ (CDC), the California Department of Health Servicesⁱⁱⁱ, and the County of Los Angeles Department of Public Health^{iv}.
2. Have access to these professionals at convenient times and locations.
3. Receive appropriate referrals to other medical, mental health or care services.
4. Have their phone calls and/or emails answered with 1-5 business days based on the urgency of the matter.

C. Make Treatment Decisions

1. Receive complete and up-to-date information in words you understand about your diagnosis, treatment options, medications (including common side effects and complications) and prognosis that can reasonably be expected.
2. Participate actively with your provider(s) in discussions about choices and options available for your treatment.
3. Make the final decision about which treatment option is best for you after you have been given all relevant information about these choices and the clear recommendation of your provider.
4. Have access to patient-specific education resources and reliable information and training about patient self-management.
5. Refuse any and all treatments recommended and be told of the effect that not taking the treatment may have on your health, be told of any other potential consequences of your refusal and be assured that you have the right to change your mind later.

Approved by the Commission on HIV on January 11, 2024.

6. Be informed about and afforded the opportunity to participate in any appropriate clinical research studies for which you are eligible.
7. Refuse to participate in research without prejudice or penalty of any sort.
8. Refuse any offered services or end participation in any program without bias or impact on your care.
9. Be informed of the procedures at the agency for resolving misunderstandings, making complaints, or filing grievances.
10. Receive a response to a complaint or grievance within 30-45 days of filing it.
11. Be informed of independent ombudsman or advocacy services outside the agency to help you resolve problems or grievances (see number at bottom of this form), including how to access a federal complaint center within the Center for Medicare and Medicaid Services^v (CMS).

D. Confidentiality and Privacy

1. Receive a copy of your agency's Notice of Privacy Policies and Procedures. (Your agency will ask you to acknowledge receipt of this document.)
2. Keep your HIV status confidential. Have information explained to you about confidentiality policies and under what conditions, if any, information about HIV care services may be released.
3. Request restricted access to specific sections of your medical records.
4. Authorize or withdraw requests for your medical record from anyone else besides your health care providers and for billing purposes.
5. Question information in your medical chart and make a written request to change specific documented information. (Your physician has the right to accept or refuse your request with an explanation.)

E. Billing Information and Assistance

1. Receive complete information and explanation in advance of all charges that may be incurred for receiving care, treatment, and services as well as payment policies of your provider.
2. Receive information on any programs to help you pay and assistance in accessing such assistance and any other benefits for which you may be eligible.

F. Patient/Client Responsibilities

In order to help your provider give you and other clients the care to which you are entitled, you also have the responsibility to:

1. Participate in the development and implementation of your individual treatment or service plan to the extent that you are able.
2. Provide your providers, to the best of your knowledge, accurate and complete information about your current and past health and illness, medications and other treatment and services you are receiving, since all of these may affect your care. Communicate promptly any changes or new developments.
3. Communicate to your provider whenever you do not understand information you are provided.
4. Follow the treatment plan you have agreed to and understand the consequences of failing to adhere to the recommended course of treatment or of using alternative treatments.
5. Understand that cases may be closed if the client:
 - a. Relocates out of the service area
 - b. Is no longer eligible for the service(s)
 - c. Discontinues the service(s)
 - d. No longer needs the service(s)
 - e. Puts the agency, service provider, or other clients at risk
 - f. Uses the service(s) improperly or has not complied with the services agreement
 - g. Is deceased
 - h. Has had no direct agency contact, after repeated attempts, for a period of 12 months

Approved by the Commission on HIV on January 11, 2024.

6. Keep your appointments and commitments at this agency or inform the agency promptly if you cannot do so.
7. Keep your provider or main contact informed about how to reach you confidentially by phone, mail, or other means.
8. Follow the agency's rules and regulations concerning patient/client care and conduct.
9. Be considerate of your providers and fellow clients/patients and treat them with the respect you yourself expect.
10. Refrain from the use of profanity or abusive or hostile language; threats, violence, or intimidations; carrying weapons of any sort; theft or vandalism; sexual harassment and misconduct.
11. If you are a person living with a Substance Use Disorder, please be open and honest with your provider about your substance use so that any issues can be properly addressed.

For More Help or Information

Your first step in getting more information involving any complaints or grievances is to speak with your provider or a designated client services representative or patient or treatment advocate at the agency. If this does not resolve the problem in a reasonable time span, or if serious concerns or issues arise and you would like to speak with someone outside the agency, you may call the number below for confidential, independent information and assistance.

**Division of HIV and STD Programs
Customer Support Program
(800) 260-8787**

**8:00 am – 5:00pm, Monday – Friday
dhspsupport@ph.lacounty.gov**

ⁱ [HIV Treatment Guidelines | NIH](#)

ⁱⁱ [Guidelines and Recommendations | Clinicians | HIV | CDC](#)

ⁱⁱⁱ [HIV Care Program](#)

^{iv} [LA County Department of Public Health](#)

^v [Home - Division of Appeals Policy \(lmi.org\)](#)

CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE PACIENTES Y CLIENTES

Es responsabilidad del prestador de servicios proporcionar a los clientes una copia de la Carta de Derechos y Responsabilidades de Pacientes y Clientes en todos los entornos de atención, incluida la telesalud. El propósito de esta Carta de Derechos y Responsabilidades es permitir que los clientes actúen por sí mismos y en colaboración con sus prestadores para obtener la mejor atención y tratamiento posible para el VIH/SIDA. Esta carta surge del sentir de las personas que viven con el VIH/SIDA en las diversas comunidades del condado de Los Ángeles. Si está iniciando o accediendo actualmente a servicios de atención, tratamiento o apoyo para el VIH/SIDA, tiene derecho a:

A. Tratamiento respetuoso y servicios preventivos

1. Recibir atención y servicios preventivos (como pruebas de detección y vacunas) considerados, respetuosos, profesionales, confidenciales y oportunos en un entorno seguro, centrado en la persona e informado sobre el trauma, sin prejuicios.
2. Recibir atención equitativa y sin sesgos, de acuerdo con su edad y sus necesidades, conforme a las leyes federales y estatales.
3. Recibir información sobre las credenciales de sus prestadores, especialmente en relación con su experiencia en el manejo y tratamiento del VIH/SIDA u otros servicios relacionados.
4. Ser informado de los nombres y números telefónicos laborales de los médicos, enfermeros y demás personal responsable de su atención.
5. Recibir alojamiento seguro para la protección de su propiedad personal durante la prestación de servicios.
6. Recibir servicios que sean cultural y lingüísticamente apropiados, incluida una explicación completa y clara en su idioma y dialecto de todos los servicios y opciones de tratamiento ofrecidos.
7. Revisar su historia clínica y recibir copias de la misma si así lo solicita (podrían aplicarse políticas razonables de la agencia, incluidos costos razonables por fotocopias).

B. Atención competente y de alta calidad

1. Recibir atención por parte de profesionales competentes y calificados que sigan los estándares de tratamiento del VIH establecidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.ⁱ (HHS, por sus siglas en inglés), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedadesⁱⁱ (CDC, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud Pública de Californiaⁱⁱⁱ y el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles^{iv}.
2. Tener acceso a estos profesionales en horarios y ubicaciones convenientes.
3. Recibir derivaciones apropiadas a otros servicios médicos, de salud mental o de cuidado.
4. Recibir respuesta a sus llamadas telefónicas y/o correos electrónicos en un plazo de 1 a 5 días hábiles, según la urgencia del asunto.

C. Tomar decisiones sobre su tratamiento

1. Recibir información completa y actualizada en términos comprensibles sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, medicamentos (incluidos efectos secundarios y complicaciones comunes) y pronóstico razonablemente esperado.
2. Participar activamente con su(s) prestador(es) en conversaciones sobre las opciones disponibles para su tratamiento.
3. Tomar la decisión final sobre la opción de tratamiento que considere mejor, una vez que se le haya proporcionado toda la información relevante y la recomendación clara de su prestador.
4. Tener acceso a recursos educativos específicos para pacientes e información y formación confiables sobre el cuidado personal del paciente.

Aprobado por la Comisión sobre el VIH el 11 de enero de 2024.

5. Rechazar cualquiera o todos los tratamientos recomendados y recibir información sobre el efecto que podría tener en su salud no seguir el tratamiento, así como sobre otras posibles consecuencias de su negativa. También tiene derecho a cambiar de opinión más adelante.
6. Ser informado y tener la oportunidad de participar en estudios clínicos apropiados para los que reúna los requisitos.
7. Negarse a participar en investigaciones sin recibir ningún tipo de prejuicio ni sanción.
8. Rechazar cualquier servicio ofrecido o dejar de participar en cualquier programa sin que ello afecte su atención.
9. Ser informado sobre los procedimientos de la agencia para resolver malentendidos, presentar quejas o reclamos.
10. Recibir una respuesta a su queja o reclamo en un plazo de 30 a 45 días desde su presentación.
11. Ser informado sobre servicios independientes de defensoría u ombudsman ajenos a la agencia que puedan ayudarlo a resolver problemas o quejas (ver número al pie de este formulario), incluidos los medios para acceder a un centro federal de quejas dentro de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ^v(CMS, por sus siglas en inglés).

D. Confidencialidad y Privacidad

1. Recibir una copia del Aviso de Políticas y Procedimientos de Privacidad de su agencia. (Su agencia le pedirá que reconozca haber recibido este documento).
2. Mantener la confidencialidad de su diagnóstico de VIH. Recibir información explicada sobre las políticas de confidencialidad y bajo qué condiciones, si las hay, se podría divulgar información sobre los servicios de atención del VIH.
3. Solicitar acceso restringido a secciones específicas de su expediente médico.
4. Autorizar o retirar solicitudes de su expediente médico hechas por cualquier persona que no sean sus proveedores de salud o para fines de facturación.
5. Cuestionar la información en su historial médico y presentar una solicitud por escrito para modificar información específica documentada. (Su médico tiene el derecho de aceptar o rechazar su solicitud, con una explicación).

E. Información y asistencia sobre facturación

1. Recibir información completa y explicación anticipada de todos los cargos que puedan generarse por la atención, tratamiento y servicios recibidos, así como las políticas de pago de su proveedor.
2. Recibir información sobre cualquier programa que le ayude a pagar y asistencia para acceder a dicha ayuda, así como a cualquier otro beneficio para el que pueda ser apto.

F. Responsabilidades del Paciente/Cliente

Para ayudar a que su proveedor les brinde a usted y a otros clientes la atención que merecen, usted también tiene la responsabilidad de:

1. Participar en el desarrollo e implementación de su plan individual de tratamiento o servicio en la medida de sus posibilidades.
2. Proporcionar a sus proveedores, según su mejor conocimiento, información precisa y completa sobre su salud actual y pasada, enfermedades, medicamentos y otros tratamientos y servicios que reciba, ya que todo esto puede afectar su atención. Comunicar con prontitud cualquier cambio o novedad.
3. Informar a su proveedor siempre que no entienda la información que le brindan.
4. Seguir el plan de tratamiento acordado y entender las consecuencias de no cumplir con el tratamiento recomendado o de usar tratamientos alternativos.
5. Entender que los casos pueden cerrarse si el cliente:
 - a. Se muda fuera del área de servicio.
 - b. Ya no es elegible para el/los servicio(s).
 - c. Discontinúa el/los servicio(s).

- d. Ya no necesita el/los servicio(s).
 - e. Pone en riesgo a la agencia, al proveedor del servicio o a otros clientes.
 - f. Usa incorrectamente el/los servicio(s) o no ha cumplido con el acuerdo de servicios.
 - g. Fallece.
 - h. No ha tenido contacto directo con la agencia, a pesar de intentos repetidos, durante un período de 12 meses.
- 6. Cumplir con sus citas y compromisos en esta agencia o informar a la agencia con prontitud si no puede hacerlo.
 - 7. Mantener a su proveedor o contacto principal informado sobre la mejor manera de comunicarse con usted de forma confidencial por teléfono, correo u otros medios.
 - 8. Seguir las normas y reglamentos de la agencia referentes al cuidado y comportamiento del paciente/cliente.
 - 9. Ser considerado con sus proveedores y demás clientes/pacientes, y tratarlos con el respeto que usted mismo espera.
 - 10. Abstenerse de usar lenguaje profano, abusivo o agresivo; amenazas, violencia o intimidación; portar armas de cualquier tipo; robo o vandalismo; acoso sexual y conductas inapropiadas.
 - 11. Si usted es una persona que vive con un trastorno por consumo de sustancias, sea abierto y honesto con su proveedor sobre su consumo para que cualquier problema pueda ser tratado adecuadamente.

Para obtener más ayuda o información

El primer paso para obtener más información sobre quejas o denuncias es hablar con su proveedor, con un representante designado de servicios al cliente o con un defensor del paciente o del tratamiento en la agencia. Si esto no resuelve el problema en un plazo razonable, o si surgen preocupaciones graves y desea hablar con alguien fuera de la agencia, puede llamar al número a continuación para recibir información y asistencia confidencial e independiente.

División de Programas de VIH y ETS

Programa de Atención al Cliente

(800) 260-8787

8:00 a. m. – 5:00 p. m., lunes a viernes

dhspsupport@ph.lacounty.gov

ⁱ [Guías de tratamiento del VIH | NIH](#)

ⁱⁱ [Guías y recomendaciones | Clínicos | VIH | CDC](#)

ⁱⁱⁱ [Programa de atención del VIH](#)

^{iv} [Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles](#)

^v [Inicio - División de Políticas de Apelaciones \(lmi.org\)](#)

e2 Los Angeles County Ryan White Program Client Consent Form

I, _____, (*print full name*) wish to register with the e2 Los Angeles County Ryan White Program ("e2LA") in order to receive services funded by the Los Angeles County Department of Public Health, Division of HIV and STD Programs (DHSP). During registration, I will be asked to provide information about myself, including my name, birth date, address, and other demographic data.

As a condition of receiving services, I agree that my information will be made available to DHSP, to fiscal agents that fund services I receive, and to the State of California Department of Public Health, Office of AIDS, HIV Care Connection system for mandated reporting, program monitoring, and statistical analysis. No identifying information, such as name, birth date, and social security number, will be released, published, or used about me without my consent, except as allowed by law.

By checking the "I AGREE and UNDERSTAND" box below, I am consenting to and understand that my relevant health information will be stored in the e2 Los Angeles County system ("e2LA") and shared with DHSP and fiscal agents that fund services I receive, and to the State of California Department of Public Health, Office of AIDS, HIV Care Connection system.

Other DHSP funded agencies providing HIV and STD services may have access to my health information in e2LA, but only to assist with my care and reduce unnecessary paperwork. As such, I may not need to re-register for e2LA when I receive services from another agency funded by DHSP.

I also understand that information about the receipt of mental health, legal and/or substance use disorder services will be more restricted and only be shared as allowed by law.

☐

I AGREE AND UNDERSTAND

My registration in e2LA does not guarantee services from any agency. Waiting lists or eligibility requirements may exclude me from services at other e2LA agencies.

By signing this form, I acknowledge that I have been offered a copy of this Client Consent Form and have discussed it with the staff person indicated below. I understand that this form will be stored in my file and that this form remains in effect for three (3) years from the date I sign this form.

Signature of Client or Parent/Guardian of Minor Child

Date

For Local Health Care Agency Use Only

Administered By

Agency Name

Signature

Date

DHSP 12-001 (Rev 6/2012)

e2 Condado de Los Ángeles Programa Ryan White Formulario de consentimiento del cliente

Yo, _____, (*nombre completo en letra de imprenta*) deseo inscribirme en el Programa Ryan White del condado de Los Ángeles (e2LA) para recibir los servicios financiados por el Departamento de Salud Pública del condado de Los Ángeles, División de Programas sobre el VIH y las ETS (DHSP). Durante la inscripción, se me pedirá que proporcione información sobre mí, incluyendo mi nombre, fecha de nacimiento, dirección y otros datos demográficos.

Como condición para recibir los servicios, acepto que mi información se ponga a disposición de la DHSP, de los agentes fiscales que financian los servicios que recibo y del Departamento de Salud Pública del Estado de California, Oficina del SIDA, sistema HIV Care Connection para la presentación de informes obligatorios, el seguimiento de programas y el análisis estadístico. No se divulgará, publicará ni utilizará ninguna información que me identifique, como mi nombre, fecha de nacimiento y número de seguro social, sin mi consentimiento, salvo en los casos permitidos por la ley.

Al marcar la casilla «ACEPTO y ENTIENDO» a continuación, doy mi consentimiento y entiendo que mi información médica relevante se almacenará en el sistema e2 del condado de Los Ángeles («e2LA») y se compartirá con el DHSP y los agentes fiscales que financian los servicios que recibo, así como con el Departamento de Salud Pública del Estado de California, la Oficina del SIDA y el sistema HIV Care Connection.

Otras agencias financiadas por el DHSP que prestan servicios relacionados con el VIH y las ETS pueden tener acceso a mi información médica en e2LA, pero solo para ayudar con mi atención y reducir el papeleo innecesario. Por lo tanto, es posible que no tenga que volver a registrarme en e2LA cuando reciba servicios de otra agencia financiada por el DHSP.

También entiendo que la información sobre la recepción de servicios de salud mental, legales y/o de trastornos por consumo de sustancias estará más restringida y solo se compartirá según lo permita la ley.

☐

ACEPTO Y ENTIENDO

Mi inscripción en e2LA no garantiza los servicios de ninguna agencia. Las listas de espera o los requisitos de elegibilidad pueden excluirme de los servicios de otras agencias de e2LA.

Al firmar este formulario, reconozco que se me ha entregado una copia de este Formulario de consentimiento del cliente y que lo he discutido con el miembro del personal indicado a continuación. Entiendo que este formulario se guardará en mi expediente y que seguirá vigente durante tres (3) años a partir de la fecha en que lo firme.

Firma del cliente o del padre/tutor del menor

Fecha

Solo para uso de la agencia local de atención médica

Administrado por

Nombre de la agencia

Firma

Fecha