**Por favor lea toda la información en este formulario antes de firmarlo.**

*El GPS de mi Salud GPS* es un programa ofrecido por el Medicaid del Distrito de Columbia. El mismo le ayuda a obtener el cuidado que necesita para estar saludable. Usted puede aprovechar del programa *GPS de mi salud* voluntariamente. Si no desease participar, aún recibiría sus beneficios de Medicaid.

**Cómo trabajan conjuntamente los Socios del programa *GPS de mi salud***

Una gran parte del programa *El GPS de mi Salud* encierra el asegurarse de que los hospitales y cualquier otro proveedor de salud trabajan conjuntamente para ofrecerle mejor cuidado médico. Si usted decide aprovechar de este programa, es posible que la información médica suya sea compartida con hospitales y proveedores de salud. Ello puede incluir información contenida en sus archivos médicos en el pasado y en el futuro.

**Su derecho a la privacidad**

La información relacionada con su salud es privada. La misma no se puede dar a otras personas a menos que sea en forma legal. Toda la comunidad del cuidado de la salud o los proveedores de servicios relacionados con el cuidad de la salud que tuviesen acceso a sus archivos están obligados a cumplir con la ley. Como tal, no pueden compartir su información a menos que usted lo apruebe o a menos que la ley lo permita. Esto se aplica aún cuando su información esté en una computadora o en papel.

Al firmar este formulario, acepto participar en el programa *El GPS de mi salud*. También acepto participar activamente en el programa y comprendo que puedo cambiar de opinión al respecto en cualquier momento.

**He leído y comprendo la información contenida en este documento y también que me han dado una oportunidad de hacer preguntas al respecto. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo decidir no participar en cualquier momento, sin dar razón alguna y sin pagar nada.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del participante (por favor imprima) Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del participante Fecha de hoy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre, guardián o representante Fecha de hoy

(si correspondiese)