



NUEVA SOLICITUD 2026

03/01/2026

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 (2026: \$79,800; sumar \$28,400 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.

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.
- ❑ **Políticas del Programa Dental Ryan White:** Por favor, léalas atentamente, fírmelas y póngales la fecha.
- ❑ **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 \$79,800.00 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.

03/01/2026



**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

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 [] Si es transgénero marque uno: [] Hombre a mujer [] Mujer a hombre []

SECCIÓN 2 - INFORMACIÓN DE CONTACTO Y DEMOGRÁFICA

Dirección: [] Ciudad: []
Estado: [] Código postal: []
Dirección postal: [] Ciudad: []
Estado: [] Código postal: []
Teléfono: [] Correo electrónico: []

Marque Sí o No en la siguiente

a) ¿Podemos llamarle? [] Sí [] No c) Me gustaría que mi carta de aprobación se enviara a (Elige 1) [] Mi dirección postal [] Mi dirección de correo electrónico [] Mi administrador de casos

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
 Perinatales
 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:**
 Medicare Estándar Limitado
 Privado Otro:

Seguro dental: Seleccione todas las

- Ninguno **MassHealth:**
 Medicare Estándar Limitado
 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: (MM/DD/AA) 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



PROGRAMA DENTAL RYAN WHITE (RWDP) RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS

PÁGINA DE PORTADA: POLÍTICAS DEL RWDP

Como parte del proceso de solicitud del Programa Dental Ryan White (RWDP), usted debe reconocer las políticas del RWDP y aceptar cumplir con sus responsabilidades como cliente para inscribirse y mantener su elegibilidad en el programa. La explicación de estas políticas se detalla en las siguientes páginas. Debe enviar este formulario al RWDP, pero puede conservar una copia adicional para sus propios registros.

Si usted se niega o no reconoce estas políticas, o no pone sus iniciales o firma en cualquier parte de esta página de portada (ver a continuación), esto afectará su elegibilidad para recibir servicios del Programa Dental Ryan White y, además, el RWDP no podrá reembolsar ningún tratamiento realizado por un dentista contratado.

_____ (Iniciales requeridas) Sección A: Derechos del Cliente

_____ (Iniciales requeridas) Sección B: Política de Derecho del Cliente a Rechazar

_____ (Iniciales requeridas) Sección C: Responsabilidades del Cliente

_____ (Iniciales requeridas) Sección D: Política de Derecho del Proveedor Dental/RWDP a Rechazar

_____ (Iniciales requeridas) Sección E: Confidencialidad

_____ (Iniciales requeridas) Sección F: Política del Procedimiento de Quejas

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Nombre del Cliente
(en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Este reconocimiento de las políticas del RWDP vencerá después de 1 año. Usted deberá **volver a reconocer, poner sus iniciales y firmar este formulario anualmente para que el Programa Dental Ryan White confirme su elegibilidad.**



PROGRAMA DENTAL RYAN WHITE (RWDP) RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS

CLIENTES- CONSERVEN ESTA COPIA PARA SUS REGISTROS

SECCIÓN A: DERECHOS DEL CLIENTE

Como cliente inscrito en el Programa Dental Ryan White, usted tiene los siguientes derechos:

1. **Confidencialidad:** Usted tiene derecho a la confidencialidad relacionada con su atención dental, atención médica e información de salud protegida, según lo descrito en la cláusula de Confidencialidad del RWDP.
2. **Referencias:** Usted tiene derecho a ser referido a cualquier proveedor dental del RWDP mientras se encuentre activo en el programa en el momento de la solicitud.
3. **Expedientes del Cliente:** Usted tiene derecho a ser informado sobre sus expedientes con el RWDP, incluyendo, entre otros, detalles de su solicitud, planes de tratamiento revisados por el RWDP, reclamaciones dentales reembolsadas por el RWDP en su nombre a un proveedor del RWDP, y detalles de comunicación entre el personal del RWDP y su proveedor dental.
4. **Requisitos:** Usted tiene derecho a ser informado sobre cualquier requisito de elegibilidad del RWDP que deba cumplir para mantener su elegibilidad en el programa.
5. **Trato Justo:** Usted tiene derecho a un trato justo y a no ser discriminado por el RWDP independientemente de su raza, etnia, origen nacional, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad u otras clases protegidas.
6. **Quejas:** Usted tiene derecho a presentar una queja, sin represalias por hacerlo, contra un proveedor del RWDP en base a un trato deficiente, atención de baja calidad o discriminación que haya experimentado. En caso de gran insatisfacción, por favor llame al RWDP para solicitar una resolución o una nueva referencia.
 - a. Si lo desea, o si no ha recibido una resolución satisfactoria tras presentar su queja, usted también puede escalarla y solicitar consultar con el Director del RWDP. Si después de estos intentos no ha recibido una resolución satisfactoria, su queja podrá ser dirigida al Director de la Oficina de Enfermedades Infecciosas de la Comisión de Salud Pública de Boston.

Al poner sus iniciales en la Sección A de la Página de Portada: Políticas del RWDP, usted acepta los derechos arriba declarados y reconoce que el RWDP cumplirá con la protección de estos derechos establecidos.



PROGRAMA DENTAL RYAN WHITE (RWDP) RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS

CLIENTES- CONSERVEN ESTA COPIA PARA SUS REGISTROS

SECCIÓN B: POLÍTICA DEL DERECHO DEL CLIENTE A RECHAZAR

En cualquier momento, los clientes tienen el derecho de rechazar las siguientes acciones:

1. **Rechazo de Servicios:** Usted tiene el derecho de rechazar cualquier servicio, o de terminar su cobertura del RWDP, sin represalias. Tras su rechazo de servicios o la terminación de su cobertura, se le informará adecuadamente sobre la disponibilidad de otros programas de acceso dental, siempre que usted otorgue su consentimiento. Posteriormente, sus registros de cliente serán archivados por el máximo de años permitidos de acuerdo con las obligaciones de la subvención RWDP.
Si decide rechazar cualquier servicio, o terminar su cobertura del RWDP, usted acepta toda la responsabilidad financiera de pagar cualquier gasto de su bolsillo, o de transferir esa responsabilidad a un pagador externo, por cualquier costo asociado con los servicios proporcionados por su proveedor dental del RWDP. En consecuencia, los pagos del RWDP por los servicios proporcionados por su proveedor dental del RWDP cesarán.
2. **Rechazo de Referencias:** Usted tiene el derecho de rechazar cualquier referencia a un proveedor del RWDP. A solicitud suya, se le puede ofrecer una referencia a otro proveedor dental o informarle sobre otros programas de acceso dental, si los proveedores dentales del RWDP no cumplen con sus expectativas.
3. **Rechazo de Atención Dental:** Usted tiene el derecho de rechazar cualquier atención dental o plan de tratamiento dental propuesto por su proveedor dental. Su rechazo de atención no afectará su elegibilidad con el RWDP. Sin embargo, al rechazar cualquier atención dental o plan de tratamiento dental, usted acepta los riesgos de no recibir tratamiento, de recibir un tratamiento alternativo o de retrasar el tratamiento. Asimismo, al rechazar cualquier atención dental o plan de tratamiento dental, usted también acepta que el RWDP no será responsable por ningún daño o lesión causados por su decisión de rechazar cualquier atención dental o plan de tratamiento dental. Además, usted acepta consultar a su proveedor dental para recibir asesoramiento clínico.

Al colocar sus iniciales en la Sección B de la Página de Portada: Políticas del RWDP, usted reconoce que ha leído su derecho a rechazar los escenarios específicamente mencionados anteriormente y que acepta las consecuencias y riesgos asociados si decide ejercer su derecho a rechazar.



PROGRAMA DENTAL RYAN WHITE (RWDP) RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS

CLIENTES- CONSERVEN ESTA COPIA PARA SUS REGISTROS

SECCIÓN C: RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Usted reconoce y acepta que debe cumplir con ciertas acciones que son requeridas por las obligaciones de la subvención del RWDP. Al negarse a cumplir con cualquiera de los requisitos de la subvención, el RWDP puede considerarlo no elegible para servicios y darlo de baja del programa. Para estar inscrito en el RWDP, usted acepta cumplir con sus responsabilidades de inscripción como cliente, las cuales se explican a continuación, y reconoce las consecuencias de no cumplirlas.

1. **Información Verdadera y Exacta:** Usted afirma que ha proporcionado información verdadera y exacta en su solicitud y en los documentos de verificación relacionados con su diagnóstico, ingresos, domicilio, seguro médico y seguro dental, según su mejor conocimiento.
2. **Documentos Necesarios:** Usted reconoce que es responsable de proporcionar todos los documentos necesarios para su inscripción o reinscripción. Usted reconoce que cualquier documentación faltante hará que su solicitud se considere incompleta. El RWDP se reserva el derecho de considerarlo no elegible o inactivo debido a solicitudes incompletas.
3. **Confirmación de Elegibilidad:** Usted debe confirmar su elegibilidad con el RWDP antes de programar cualquier cita con un proveedor dental contratado, ya sea llamando al 617-534-2344 o recibiendo una carta de aprobación u otra comunicación por escrito, como correo electrónico.
4. **Confirmación de Participación:** Las referencias deben provenir directamente del personal del RWDP. El RWDP no puede reembolsar ningún tratamiento realizado por dentistas fuera de nuestra red.
5. **Mantener la Elegibilidad:** Usted debe mantener su elegibilidad si desea que su tratamiento sea reembolsado por el RWDP. Si su cobertura vence por un período de tiempo, debe trabajar de manera oportuna con el personal del RWDP para proporcionar la documentación necesaria para renovar su cobertura. De lo contrario, si no se recertifica a tiempo, usted acepta que no será elegible para los servicios del RWDP hasta que se reciba y procese una solicitud completa.
6. **Citas:** Usted debe presentarse puntualmente a sus citas dentales programadas. Usted debe reportar cualquier emergencia, reprogramación o cancelación directamente a su proveedor dental dentro de veinticuatro (24) horas previas a su cita programada. Usted reconoce...Usted reconoce que el proveedor dental puede cobrarle penalidades o tarifas adicionales por no presentarse sin avisar, llegar tarde o no reportar emergencias o cancelaciones de su cita programada. Además, usted reconoce que el RWDP no



PROGRAMA DENTAL RYAN WHITE (RWDP) RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS

reembolsará a los clientes ninguna tarifa o penalidad asociada a no presentarse sin avisar, llegar tarde o no reportar emergencias, reprogramaciones o cancelaciones de su cita programada.

7. **Comprobante de Ingresos:** Usted debe proporcionar comprobantes de ingresos verdaderos y precisos. Si se determina que excede el límite de ingresos, usted reconoce que será considerado no elegible para los servicios del RWDP de acuerdo con las obligaciones de la subvención.
8. **Cambio de Dirección:** Usted reconoce que el RWDP tiene un requisito de residencia para ser elegible. Si se muda fuera de las áreas metropolitanas elegibles para la cobertura del RWDP, debe notificar al programa lo antes posible. Usted reconoce que debe informar cualquier cambio de dirección tan pronto como sea posible para asegurarse de que cumple con los requisitos de residencia para la elegibilidad.
9. **Pagador de Último Recurso:** Usted reconoce que el RWDP es el pagador de último recurso. Usted debe informar tanto al RWDP como a su proveedor dental sobre todos los otros planes en los que está inscrito, como planes públicos (Medicaid, Medicare) o seguros dentales privados.
 - Si usted es miembro de MassHealth, debe informarlo al RWDP en su solicitud. Además, debe recibir atención de un proveedor del RWDP que también acepte MassHealth.
 - Si usted es miembro de un plan privado, usted será responsable de los copagos y saldos restantes de dicho plan privado, ya que el RWDP no cubre esos costos. El RWDP solo puede cubrir tratamientos que su pagador principal haya rechazado.
10. **Comportamiento:** Usted no debe participar en conductas hostiles, amenazas, acoso, acoso, agresión u otro comportamiento inapropiado bajo las políticas de la Comisión de Salud Pública de Boston hacia cualquier miembro del personal del programa, empleados del RWDP, proveedores dentales del RWDP u otros clientes atendidos. Usted reconoce que el RWDP tiene el derecho de terminar su inscripción en el programa si existe evidencia de participación en cualquiera de los comportamientos restrictivos mencionados anteriormente.

Al colocar sus iniciales en la Sección C de la Página de Portada: Políticas del RWDP, usted acepta las responsabilidades declaradas anteriormente y reconoce que no cumplir con cualquiera de ellas puede resultar en la pérdida de elegibilidad para los servicios del RWDP o en la expulsión completa del programa.



PROGRAMA DENTAL RYAN WHITE (RWDP) RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS

CLIENTES- CONSERVEN ESTA COPIA PARA SUS REGISTROS

SECCIÓN D: POLÍTICA DE DERECHO DE RECHAZO DEL PROVEEDOR DENTAL/RWDP

Los proveedores dentales que participan en el RWDP mantienen el derecho profesional y ético de negarse o discontinuar servicios a los clientes bajo las siguientes circunstancias:

1. **Determinación Clínica**: Cuando, según el juicio profesional del proveedor dental, el tratamiento solicitado no es clínicamente apropiado, no se considera médicamente necesario, está fuera del ámbito de práctica del proveedor o es inconsistente con los estándares aceptados de atención dental.
2. **Incumplimiento o Rechazo de Tratamiento**: Cuando un cliente rechaza el tratamiento recomendado o no sigue los planes de tratamiento previamente acordados.
3. **Preocupaciones de Conducta o Seguridad**: Cuando un cliente incurre en comportamiento amenazante, abusivo, discriminatorio o inseguro hacia el personal del RWDP, proveedores dentales y su personal, o hacia otros pacientes.

El RWDP reconoce que los proveedores dentales participantes ejercen juicio profesional independiente en la prestación de atención. El RWDP no dirige, controla ni invalida decisiones clínicas tomadas por los proveedores, incluidas decisiones de rechazar, aplazar o discontinuar servicios dentales de acuerdo con los estándares profesionales y los requisitos del programa. En tales casos, el RWDP respetará la determinación del proveedor y, cuando sea posible, ayudará al cliente a acceder a lugares de referencia alternativos o puntos de atención.

El RWDP no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo, edad, religión, orientación sexual, identidad de género, ni por ninguna otra clasificación protegida por la ley aplicable.

Al poner sus iniciales en la Sección D de la Página de Portada: Políticas del RWDP, usted acepta las responsabilidades arriba declaradas y reconoce que el incumplimiento de cualquiera de estas responsabilidades puede resultar en la pérdida de elegibilidad para los servicios del RWDP o en la expulsión completa del programa.



PROGRAMA DENTAL RYAN WHITE (RWDP) RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS

CLIENTES- CONSERVEN ESTA COPIA PARA SUS REGISTROS

SECCIÓN E: POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD

Todos los documentos en papel, datos electrónicos y declaraciones verbales relacionadas con el diagnóstico de los clientes, historial médico y dental, planes de tratamiento, información financiera y otra información identificable se consideran información confidencial. La información de los clientes solo es accedida electrónicamente o físicamente por el personal del RWDP cuando es necesario, con fines de elegibilidad, tratamiento, pago, mejoramiento de calidad, auditoría u otras obligaciones de la subvención. Los documentos electrónicos y en papel que contienen información del cliente se almacenan de manera segura, ya sea protegidos por contraseña o físicamente bajo llave, y se archivan durante el máximo de años permitidos conforme a las obligaciones de la subvención. Todas las llamadas telefónicas y la comunicación verbal entre el personal del RWDP, los clientes y los proveedores dentales del RWDP respetan el derecho a la privacidad, transmitiendo la menor cantidad de detalles necesaria para cumplir con los fines de elegibilidad, tratamiento o pago.

La divulgación de la información de los clientes a terceros se limita a los proveedores dentales del RWDP, la División de Servicios Ryan White de BPHC, auditores, administradores de casos o trabajadores sociales designados, representantes de atención médica, o cualquier tercero designado por el cliente según lo establecido en el formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información. En caso de una violación o incumplimiento de la información confidencial, el personal del RWDP actuará de inmediato para abordar las preocupaciones de privacidad, lo que podría resultar en la destrucción inmediata de la información confidencial o en medidas disciplinarias.

Al poner sus iniciales en la Sección E de la Página de Portada: Políticas del RWDP, usted acepta las responsabilidades arriba y reconoce que el incumplimiento de cualquiera de las responsabilidades mencionadas puede resultar en la inelegibilidad para los servicios del RWDP o en la expulsión completa del programa.



PROGRAMA DENTAL RYAN WHITE (RWDP) RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS

CLIENTES- CONSERVEN ESTA COPIA PARA SUS REGISTROS

SECCIÓN F: POLÍTICA SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

Las quejas de los clientes reciben una consideración seria. Se manejan de manera diferente según la gravedad de la queja.

El cliente reconoce que el RWDP establece los siguientes procedimientos de quejas contra un proveedor dental asociado al RWDP o contra el mismo RWDP.

- I. **Proveedor Dental:** Si un cliente tiene una preocupación sobre un proveedor dental al que el RWDP lo refirió, el cliente puede llamar al RWDP al 617-534-2344 para obtener una resolución y/o solicitar una nueva referencia.
- II. **RWDP:** Cualquier cliente que desee presentar una queja contra el RWDP debe dirigirla al Director del RWDP, presentando una descripción escrita del problema por correo regular, por correo electrónico a Anthony Silva a ASilva@bphc.org, o llamando al 617-534-2344. Todas las quejas mayores serán reportadas dentro de los 30 días al Equipo de Servicios Ryan White. Si la queja del cliente no es resuelta o si el cliente no está satisfecho con el resultado, puede llevar la queja a la atención del Director del Buró de Enfermedades Infecciosas de la Comisión de Salud Pública de Boston llamando al (617) 534-5611.

El cliente reconoce que, para cualquier queja contra un proveedor dental que no pertenezca al RWDP, se recomiendan las siguientes opciones:

- a) Contactar a la Junta de Registro en Odontología (Board of Registration in Dentistry), o
- b) Contactar a un abogado.

Al poner sus iniciales en la Sección F de la Página de Portada: Políticas del RWDP, usted acepta que ha sido informado sobre la política anterior del procedimiento de quejas y sobre los pasos apropiados a seguir para quejas serias contra proveedores dentales contratados por el RWDP o personal del RWDP.