



## DEPARTAMENTO DE SALUD DE WYOMING PROGRAMA DE SERVICIOS PARA EL VIH DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

---

**Como participante en el Programa de Servicios Para el VIH de Wyoming, usted tiene *DERECHO A*:**

- Ser tratado/a con respeto, dignidad, consideración, y compasión en todo momento.
- Recibir servicios libres de discriminación por edad, raza, color, origen étnico, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, religión, clase, estatus socioeconómico, o habilidad física o mental.
- Participar activamente en crear un plan para su cuidado, tratamiento, y manejo de caso.
- Ser informado correctamente acerca de servicios y opciones disponibles para usted.
- Llegar a un acuerdo acerca de la frecuencia de contacto que usted tendrá en persona o por teléfono con su manejador de caso
- Mantener la confidencialidad de sus expedientes de manejo de caso y expedientes médicos.
- Presentar una queja acerca de los servicios que usted esté recibiendo o negación de los mismos.
- Retirarse del Programa de Servicios Para el VIH voluntariamente en cualquier momento.

**Como participante en el Programa de Servicios Para el VIH de Wyoming, usted tiene la *RESPONSABILIDAD DE*:**

- Tratar a su manejador de caso, personal del programa, y proveedores médicos con respeto y cortesía, y de tratar con los mismos honesta y abiertamente.
- Participar al grado que sea posible en crear un plan para su cuidado, servicios, y manejo de caso. Dejarle saber a su manejador de caso tan pronto como sea posible sobre cualquier preocupación que usted tenga acerca del manejo de su caso o de su tratamiento.
- Hacer y mantener citas a lo mejor de su capacidad, y llamar por anticipación para cancelar o cambiar citas que usted no pueda mantener.
- Mantenerse en comunicación regular con su manejador de caso, informándole a él o ella de cambios en su dirección o número de teléfono, y responder a llamadas o cartas de su manejador de caso a lo mejor de su capacidad.
- No sujetar a manejadores de caso, personal del programa, o a sus proveedores médicos a abuso físico, sexual, verbal y/o emocional o a amenazas.

Por la presente, yo reconozco que he sido provisto con una copia escrita de este documento, y que me han dado la oportunidad de discutir cualquier pregunta que tenga acerca de mis Derechos y Responsabilidades.

FIRMA DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL  
MANEJADOR DE CASO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_