

Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar (HMIS)

Consentimiento Informado del cliente Client y Autorización de divulgación de Información

Yo, (nombre en letras impresas) _____, entiendo que (Proveedor de Servicios) _____ ha colectado información acerca de mi y/o de mis dependientes enumerados a continuación para entrarla en un sistema de base de datos conocido como Sistema de Entrada Coordinado (CES).

Esta base de datos ayuda a los proveedores a comprender mejor la falta de vivienda, mejorar la prestación de servicios a las personas sin hogar y evaluar la efectividad de los servicios prestados a las personas sin hogar. La participación en la recopilación y divulgación de datos, aunque opcional, es un componente crítico de la capacidad de la comunidad para proporcionar los servicios y la vivienda más efectivos posibles. La información que es colectada en la base de datos (HMIS) es protegida por medio de acceso limitado a la base de datos y limitando con quien puede ser compartida esta información, en la conformidad con las normas federales, estatales, y locales establecidas por las regulaciones que gobiernan la confidencialidad de los registros de clientes. Cada persona y agencia con la autoridad de leer o entrar información en la base de datos ha firmado un convenio para mantener la seguridad y confidencialidad de esta información.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO AUTORIZO LO SIGUIENTE:

La información obtenida y preparada por esta agencia será incluida en una base de datos HMIS compuesta por agencias participantes (lista disponible), y solamente a las agencias participantes, cuales hayan entrado en un convenio interinstitucional de Acuerdo de Compartición de Datos de HMIS, y será utilizada para:

- Producir un perfil de cliente en el momento de la admisión que será compartido por las agencias colaboradoras
- Producir informes anónimos a nivel agregado sobre el uso de los servicios
- Seguimiento de los resultados individuales a nivel de programa
- Identificar las necesidades de servicio no satisfechas y planificar la prestación de nuevos servicios
- Asignar recursos entre los organismos que se dedican a la prestación de nuevos servicios
- Divulgado si así lo requiere una orden judicial o según lo exija la ley

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO AUTORIZO LO SIGUIENTE:

Yo autorizo a las agencias participantes y sus representantes a reunir y compartir información de evaluaciones acerca de mi y/o relacionados con los miembros de mi familia enumerados a continuación. Entiendo que esta información es necesaria para evaluar mis/nuestras necesidades de vivienda, asistencia con utilidades, comida, terapia u otros servicios. La información puede incluir la siguiente información de Identificación Protegida (PPI):

- | | | |
|---------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| ▪ Nombre | ▪ Origen étnico y Raza | ▪ Situación de Empleo |
| ▪ Fecha de nacimiento | ▪ Composición de Familia | ▪ Historial de personas sin hogar |
| ▪ Número de Seguro Social | ▪ Condición de Incapacidad | ▪ Residencia antes del programa |
| ▪ Genero | | |

- Violencia Domestica
- Antecedentes jurídicos
- Salud Mental
- Abuso de Substancias
- Estado de Veterano
- VIH/SIDA
- Fecha de entrada al programa
- Fecha de Salida del programa

YO ENTIENDO QUE:

- La información acerca de mis problemas físicos o de salud mental no serán compartidos con otras agencias participantes en manera que me identifiquen.
- Las agencias participantes han firmado acuerdos para mantener confidencialidad sobre mi información.
- La divulgación de mi información no garantiza que recibiré asistencia, y mi rechazo a la autorización de mi uso de información no me descalifica para recibir asistencia.
- Si revoco mi autorización, toda mi información ya en la base de datos permanecerá ahí, pero será invisible para las agencias participantes. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que yo la revoque por escrito y la puedo revocar firmando el formulario “Revocation of Consent to Release Information Form”.
- Mis registros están protegidos por las regulaciones gobernantes federales, estatales, y locales de confidencialidad y no pueden ser divulgadas sin mi consentimiento escrito salvo acuerdo sea requerido en las regulaciones, la ley, u orden judicial.
- Auditores o financiadores que tienen derecho legal de revisar el trabajo de esta agencia, incluyendo El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos, pueden ver esta información.
- Personas usando el HMIS para escribir reportes pueden ver esta información.
- La participación en la colección de datos es opcional y yo puedo elegir no participar.
- Este consentimiento es válido por tres (3) años a partir de la fecha de firma.
- Yo entiendo que mi información personal no será divulgada al público y únicamente será usada con estricta confidencialidad.

Agencias Participantes: Una lista de todas las agencias participantes en Tehama County Continuum of Care Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar (HMIS) pueden ser vistas antes de firmar este formulario.

Lista todos los niños dependientes en el hogar con menos de 18 años, si los hay (nombre y apellido):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Por favor ponga sus iniciales en uno de los siguientes niveles de consentimiento:

_____ YO SI doy consentimiento de compartir información personal que sea acumulada acerca de mi, y todos los dependientes mencionados arriba, con las agencias que participan en el CES. Yo entiendo que mi información personal no será divulgada al público y únicamente será usada con estricta confidencialidad. Yo también entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

O

_____ YO NO doy consentimiento de compartir mi información con agencias de afuera. Yo entiendo que toda información que yo proporcione a esta agencia será usada para evaluar mi situación actual y elegibilidad para recibir servicios de esta agencia, pero al negar consentimiento con mi firma debajo, la información que comparta como parte de mi evaluación de CES no será compartida con otras agencias. Yo reconozco que mi información aun podrá ser vista por el personal de esta agencia y por los administradores de HMIS/CES.

Firma del Usuario

Fecha