



Sistema de información de gestión de personas sin hogar Atención continua del condado de San Luis Obispo

Consentimiento para la divulgación de información

El Sistema de información de gestión de personas sin hogar (HMIS) de atención continua (CoC) del condado de San Luis Obispo es una base de datos segura que se utiliza para recopilar datos sobre la vivienda y los servicios proporcionados a personas y familias sin hogar y personas en riesgo de quedarse sin hogar. Los proveedores que participan en un HMIS deben recopilar datos universales de todos los clientes, incluyendo información de identificación personal, características demográficas e historial residencial. Esta información es fundamental para que los proveedores y las comunidades comprendan mejor el alcance y la naturaleza de la falta de vivienda a nivel local, evalúen la eficacia del programa y mejoren la provisión futura de viviendas y servicios. Los financiadores de algunos proveedores también exigen a que obtengan cierta información adicional para determinar la elegibilidad y monitorear los resultados. La mayoría de los proveedores de servicios para personas sin hogar financiados con fondos federales deben participar y registrar a los clientes a los que proporcionan servicios en un HMIS. Esta agencia participa en HMIS y comparte información con otras agencias participantes de HMIS para ayudar a coordinar los servicios más efectivos para usted y los miembros de su hogar.

¿Qué información se comparte en HMIS?

Información estándar	Información personal y de salud
<ul style="list-style-type: none">• Nombre• Fecha de nacimiento• Edad• Género• Estatus de veterano• Número de Seguro Social parcial• Raza y etnia	<ul style="list-style-type: none">• Condiciones discapacitantes, incluido el trastorno por uso de sustancias y las condiciones de salud mental.• Información sobre seguro médico• Historia de las personas sin hogar• Estado de Empleo• Orientación sexual• Historia educacional• Datos de sobrevivientes de violencia doméstica, si corresponde.

¿Cómo se utilizará su información?

- Para proporcionar o coordinar servicios en nombre de un individuo o un hogar;
- Para pago o reembolso de servicios;
- Para llevar a cabo funciones administrativas, incluidas, entre otras, funciones de supervisión y gestión; o
- Para crear informes resumidos sin identificarlo o confundirlo con otra persona.
- Para usos adicionales y específicos definidos en la Póliza de Privacidad de HMIS.



¿Quién puede tener acceso a su información?

Su información se compartirá con otras agencias participantes de San Luis Obispo CoC HMIS que acuerden mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Una lista de agencias participantes de HMIS está disponible a pedido.

¿Cómo se protege su información personal?

La información que se recopila en HMIS está protegida limitando el acceso a la base de datos y limitando con quién se compartirá la información, de conformidad con los estándares establecidos en las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Cada persona y agencia autorizada para leer o ingresar datos en HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Los datos de HMIS están protegidos mediante contraseñas y tecnología de cifrado.

Al firmar este formulario, usted comprende y acepta que:

- Su negativa a compartir información no se utilizará para negarle servicios en esta agencia.
- Tiene derecho a ver su información, solicitar cambiarla y obtener una copia de su información de la agencia de servicios mediante solicitud por escrito. También puede solicitar ayuda de esta agencia para documentar su historial de falta de vivienda para calificar para ciertos programas. Una agencia puede negar a cambiar la información, pero debe proporcionarle una explicación por escrito del rechazo dentro de 60 días de recibir la solicitud.
- Cualquier información que proporcione relacionada con raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, estado familiar y orientación sexual, identidad de género o estado civil real o percibido no se utilizará de ninguna manera que pueda discriminarlo o impedirle a recibir servicios o asistencia de vivienda. Tienes derecho a presentar una queja si sientes que has sido discriminado.
- Puede solicitar una copia de este Aviso de Privacidad y otras pólizas de la agencia que explican HMIS y sus derechos asociados con cómo se guarda y comparte la información a través de HMIS.
- Puede solicitar que un proveedor marque sus datos personales como privados (no compartidos) dentro de HMIS; y
- Puede retirar su consentimiento para compartir en cualquier momento escribiendo al personal identificado en nuestro Aviso de privacidad de la agencia. Sin embargo, cualquier información que ya se haya compartido con otra agencia no se puede recuperar. Su solicitud para dejar de compartir tendrá que ser coordinada entre los socios que comparten el contenido. Debe informar a cada agencia con la que trabaja cuando retire su consentimiento.
- La confidencialidad de sus registros está protegida por ley. Esta agencia nunca proporcionará información sobre usted a nadie fuera de la agencia sin su consentimiento específico por escrito a través de este comunicado o según lo exige la ley (las regulaciones son la Ley Federal de Confidencialidad para Pacientes con Abuso de Alcohol y Drogas, (42 CFR, Parte 2) y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), 45 CRF, Partes 160 y 164) y las leyes aplicables de California.
- **Debe esperar proporcionar consentimiento previo por escrito adicional para cualquier uso o divulgación de HMIS PII que no esté incluido en los usos y divulgaciones permitidos anteriormente.**



FIRMA Y RECONOCIMIENTO

Su firma indica que ha leído (o ha sido leído) este formulario de consentimiento del cliente, ha recibido respuestas a sus preguntas y usted acepta voluntariamente que su información y la de sus hijos menores o dependientes (si corresponde) se ingresen en el HMIS base de datos. También acepta compartir su información con otras organizaciones participantes como se describe en este formulario de consentimiento.

_____	_____	_____
NOMBRE DEL CLIENTE	FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
_____	_____	_____
NOMBRE DEL CÓNYUGE	FIRMA DEL CÓNYUGE	FECHA

Firma del tutor o representante autorizado (cuando sea necesario): _____

Relación con el cliente: _____ Fecha de la firma del tutor/representante autorizado: _____

Esta divulgación de información también se aplica a los siguientes dependientes:

Apellido	Nombre de pila	Fecha de nacimiento