



Continuidad de Atención del Condado de San Luis Obispo

Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar

Consentimiento para la Divulgación de Información (ROI)

El Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar (denominado por sus siglas en inglés, HMIS) del Continuo de Atención (denominado por sus siglas en inglés, CoC) del Condado de San Luis Obispo es una base de datos segura que recopila información sobre la vivienda y los servicios proporcionados a personas y familias sin hogar y en riesgo de quedarse sin hogar. Los proveedores que participan en el HMIS deben recopilar datos universales de todos sus clientes, incluyendo Información de Identificación Personal (denominado por sus siglas en inglés, PII), características demográficas e historial de residencias anteriores. 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 vivienda y servicios. Algunos proveedores son requeridos por sus financiadores a obtener información adicional para determinar la elegibilidad y monitorear los resultados. La mayoría de los proveedores de servicios para personas sin hogar financiados por el gobierno federal deben participar y registrar a los clientes a los que atienden 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
• Nombre • Fecha de nacimiento • Edad • Género • Estatus de veterano • Número de Seguro Social parcial • Raza y etnicidad	• Condiciones incapacitantes, incluyendo trastornos por consumo de sustancias y condiciones de salud mental • Información sobre el seguro de salud • Historial de falta de vivienda • Situación laboral • Orientación sexual • Historial académico • Datos de sobrevivientes de violencia doméstica, si corresponde.

¿Cómo se utilizará su información?

- Para proporcionar o coordinar servicios en nombre de una persona o un hogar;
- Para el 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 identificarte ni confundirle con otra persona
- Para usos adicionales y específicos definidos en la Política de Privacidad de HMIS.



¿Quién puede tener acceso a su información?

Su información se compartirá con otras Agencias Participantes de HMIS del CoC de San Luis Obispo que se comprometen a mantener la seguridad y confidencialidad de la información. Para una coordinación adicional de la atención y de la reduplicación, su información podría compartirse con el CoC-CA 603 de Santa Bárbara/Santa María o con el Sistema de Integración de Datos para Personas sin Hogar del Estado de California (denominado por sus siglas en inglés, HDIS). Puede solicitar una lista de las Agencias Participantes de HMIS. Solo para Veteranos Militares de EE. UU.: su información personal puede ser utilizada para verificar la elegibilidad para vivienda y servicios con el Departamento de los Asuntos de Veteranos de EE. UU. (VA). Una vez determinada la elegibilidad, su información personal se compartirá con el VA como parte de un esfuerzo coordinado para resolver rápidamente la falta de vivienda de los veteranos.

¿Cómo se protege su información personal?

La información que se recopila en el HMIS está protegida limitando el acceso a la base de datos y limitando con quién se compartirá la información, de conformidad con las normas establecidas en las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de clientes. Cada persona y agencia autorizada a 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 entiende y acepta que:

- Su denegación a compartir información no se utilizará para negarle servicios en esta agencia.
- Usted tiene derecho a ver su información, solicitar modificarla y obtener una copia de su información de la agencia de servicios mediante una solicitud por escrito. También puede solicitar ayuda a esta agencia para documentar su historial de falta de vivienda para calificar para ciertos programas. Una agencia puede negarse a modificar la información, pero debe proporcionarle una explicación por escrito de la denegación dentro de los 60 días después de la solicitud.
- Cualquier información que proporcione relacionada con raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, situación familiar, orientación sexual, identidad de género o estado civil, real o percibida, no se utilizará de ninguna manera que pueda discriminarle o impedirle recibir servicios o asistencia para la vivienda. Tiene derecho a presentar una reclamación si considera que ha sido discriminado.
- Puede solicitar una copia de este Aviso de Privacidad y otras políticas de la agencia que explican HMIS y sus derechos asociados con la forma en que se conserva y se 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 información en cualquier momento escribiendo al personal indicado en nuestro Aviso de Privacidad de la Agencia. Sin embargo, no podrá revocar la información ya compartida con otra agencia. Su solicitud para dejar de compartir información deberá coordinarse entre los socios. Debe informar a cada agencia con la que trabaja cuando retire su consentimiento.
- La confidencialidad de sus registros está protegida por la ley. Esta agencia nunca compartirá información sobre usted con nadie externo sin su consentimiento específico por escrito mediante esta autorización o según lo exija 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 Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPPA), 45 CFR, Partes 160 y 164) y las leyes aplicables de California.

- **Debe esperar proporcionar un consentimiento previo por escrito adicional para cualquier uso o divulgación de PII de HMIS que no esté incluida en los usos y divulgaciones permitidos anteriormente.**

FIRMA Y RECONOCIMIENTO

Su firma indica que ha leído (o le han leído) este formulario de consentimiento del cliente y que ha recibido respuestas a sus preguntas. Marque la casilla correspondiente para indicar:

☐ **Consentimiento:** Usted da su consentimiento voluntariamente para que su información, y la de sus hijos menores o dependientes (si los hubiera), se ingrese a la base de datos de HMIS. También da su consentimiento para compartir su información con otras organizaciones participantes como se describe en este formulario de consentimiento.

☐ **Consentimiento Solo para Veteranos:** usted da su consentimiento voluntariamente para que su Información de Identificación Personal (PII) sea compartida con el Departamento de los Asuntos de Veteranos de EE. UU. (VA), esto ayuda a confirmar tu elegibilidad para viviendas y recursos para veteranos.

☐ **Rechazo:** Usted comprende la información presentada y NO desea que se comparta su Información Personal y de Salud. Usted entiende que la Información Estándar se seguirá compartiendo, pero no estará relacionada con esta agencia o programa en HMIS.

_____ 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 firma del tutor/representante autorizado: _____

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

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento

