

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio  
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

## Administración

Nombre de Entrevistador/a  _____	Agencia de Entrevistador/a  _____	<input type="checkbox"/> Equipo <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Voluntario
Fecha de Evaluación DD/MM/AAAA ____/____/_____	Tiempo de la Evaluación __ __: __ __ AM/PM	Lugar de la Evaluación  _____

## Información General

<b>JEFE/A DE FAMILIA 1</b>		
¿En qué idioma siente que se puede expresar mejor?		
Nombre	Apellido	
Apodo	Número de Seguro Social	
¿Qué edad tiene?	¿Fecha de nacimiento?	¿Ha dado su permiso para participar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>JEFE/A DE FAMILIA 2 (cuando sea aplicable)</b>		
¿En qué idioma siente que se puede expresar mejor?		
Nombre	Apellido	
Apodo	Número de Seguro Social	
¿Qué edad tiene?	¿Fecha de nacimiento?	¿Ha dado su permiso para participar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

## Niños

- Número total de niños y jóvenes menores de 18 años que actualmente viven con el jefe o la jefa de familia. \_\_\_\_\_ **CONTESTA** \_\_\_\_ **SE NIEGA A CONTESTAR**
- Cuántos niños o jóvenes menores de 18 años de edad no se encuentran actualmente en su familia pero cree que se mudarán con usted cuando tenga una vivienda donde vivir? \_\_\_\_\_ **CONTESTA** \_\_\_\_ **SE NIEGA A CONTESTAR**
- Si hay mujeres en la familia, hay alguna de ellas que se encuentre actualmente embarazada?  
\_\_\_\_\_ **CONTESTA** \_\_\_\_ **SE NIEGA A CONTESTAR**

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio  
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

4. Proporcione una lista de nombres y edades de los niños:

Apellido	Nombre	¿Cuántos años tiene?	Fecha de nacimiento

**A. Historial de vivienda e indigencia (sin casa)**

5. ¿Dónde duermen con más frecuencia usted y su familia? (marque uno)	<input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Vivienda Transicional <input type="checkbox"/> Afuera / en la calle (incluyendo todos los lugares no destinados para la vida humana, incluyendo la calle, banco o portal o entrada de casa, carro, autobús o transporte subterráneo, parque o edificio abandonado) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Se niega a contestar	
	<b>CONTESTA</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>
6. ¿Hace cuánto tiempo que usted y su familia han vivido en una vivienda estable permanente?		<input type="checkbox"/>
7. En los últimos tres años, ¿cuántas veces usted y su familia han vivido en una casa para luego volver a vivir en la calle?		<input type="checkbox"/>

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio  
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

**B. Riesgos**

**TEXTO O GUIÓN:** Voy a hacerle algunas preguntas sobre sus interacciones con los servicios de salud y de emergencia. Si necesita ayuda para determinar lo que pasó hace seis meses, sólo dígame.

PREGUNTAS			
	CONTESTA		SE NIEGA A CONTESTAR
8a. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o su familia han estado en la sala de emergencias?			<input type="checkbox"/>
8b. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o su familia han sido llevados en ambulancia al hospital?			<input type="checkbox"/>
8c. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o su familia han sido hospitalizados como pacientes internos?			<input type="checkbox"/>
8d. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o familiares han utilizado un servicio de emergencia o de crisis, incluyendo centros de angustia o una línea de prevención de suicidios?			<input type="checkbox"/>
8e. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o familiares ha hablado con la policía porque fue testigo de un crimen, víctima de a contestar un crimen, o acusado del crimen, o porque la policía le ordenó que desalojara una zona?			<input type="checkbox"/>
8f. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces usted y/o miembros de su familia han estado una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea durante una corta estancia, por ejemplo por estar borracho, como una larga estancia por delitos más graves, o por cualquier otra situación?			<input type="checkbox"/>
9. Usted o miembros de su familia han sido atacados o golpeados desde que comenzaron a vivir en las calles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Usted o algún miembro de su familia, han tratado de lastimarse a si mismos o a alguien más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Usted o algún miembro de su familia esta corriendo algún riesgo que tenga que ver con la ley que pudiera resultar en encarcelamiento o que tenga que pagar multas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hay alguna persona que a usted o a miembros de su familia le este forzando a hacer cosas que no quiere hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Usted o algún miembro de su familia hace cosas que pueden considerarse riesgosas como el intercambiar sexo por dinero, vender drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien a quien no conoce, o compartir jeringas u otro tipo de actividades riesgosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio  
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

### C. Socialización y Actividades Diarias

PREGUNTAS	Sí	NO	SE NIEGA A CONTESTAR
14.¿Existe alguna persona (amigo, familiar, vecino, dueño de casa o conocido) o agencia de gobierno que los este a la que usted o algun miembro de su familia le deba dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.¿Usted o algun miembro de su familia gana dinero por medio de prestaciones o beneficios del gobierno, o reciclando basura o juntando botellas, changas ocasionales, jornalero/a, trabajo sexual u otro tipo de trabajo donde le pagan por debajo de la mesa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.¿Tiene usted y los integrantes de su familia actividades planeadas todos los días, más allá de la simple supervivencia, que le traen felicidad y con las que se sienten satisfechos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿En este momento hay algun integrante en su familia que puede mantener las necesidades basicas como banarse regularmente, cambiarse de ropa, usar un bano normalmente, obtener comida y agua u otras cosas que sean basicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.¿Esta su familia sin casa porque se ha roto la relacion con alguna persona de su familia o porque estaba en una relacion violenta o abusive o porque algun conocido o miembro familiar hicieron que fueran hechados del lugar donde su familia vivia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### D. Bienestar

PREGUNTAS			
PREGUNTAS	Sí	NO	SE NIEGA A CONTESTAR
19. ¿Usted o su familia han tenido que irse de una casa, departamento, refugio, programa u otro lugar por razones de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Usted o alguno de sus familiares tiene una enfermedad cronica de higado, rinones, pulmones o corazon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Si existe una posibilidad de vivir en un programa que sea para gente con sida o VHI positive, usted o algun miembro de su familia quisiera vivir ahi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Usted o algun integrante de su familia tiene alguna incapacidad fisica que limite el tipo de casa en la que pueda vivir o un tipo de incapacidad que no le permita vivir independientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Cuando usted o alguien en su familia se enferma, tartan de evitar ir a ver un medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. El tomar Alcohol o usar drogas ha sido motivo por el cual usted o su familia han perdido la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. El tomar alcohol o el uso de drogas hace que usted o su familia tengan dificultad en encontrar vivienda o mantener una casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Usted o su familia han tenido dificultades en mantener una casa, o han sido echados de un departamento, refugio o programa u otro lugar porque:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio  
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

a) Usted o alguien en su familia sufre de discapacidad mental b) Usted o alguien en su familia ha tenido un golpe o accidente en su Cabeza c) Usted o alguien en su familia tiene una discapacidad mental, emocional, de aprendizaje u otro tipo de incapacidad?			
27. Usted o alguien en su familia tiene algun problema de salud mental, o problemas cerebrales que le dificulten vivir independientemente por la necesidad de tener a alguien que lo/a cuide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. SI LA FAMILIA RESPONDIO SI A LAS PREGUNTAS REFERENTES A SALUD FISICA, ABUSO DE SUSTANCIA Y SALUD MENTAL: Cada uno de los integrantes de su familia tienen problemas de salud cronica, problemas de salud mental y problemas con abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hay alguna medicacion que el doctor haya recomendado tomar a usted o algun miembro de su familia y por alguna razon no esten tomando la medicacion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hay alguna medicacion como calmantes, antidepresivos u otro tipo que usted o un miembro de su familia este tomando a cualquier hora sin seguir la recomendacion del medico o famacia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. SI O NO: Usted o algun miembro de su familia esta actualmente sin casa por haber experimentado algun tipo de abuso fisico, psicologico, sexual u otro tipo de abuso o trauma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E. Unidad Familiar**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>SE NIEGA A CONTESTAR</b>
32.¿Hay algun menor de edad que haya sido removido de su familia por algun servicio de proteccion infantil en los ultimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Tiene usted o su familia algun problema legal que se este tratando en la corte que puede impactar su adquisicion de vivienda o puede impactar a algun integrante de su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.¿Durante los últimos seis meses alguno de sus hijos a vivido o vive con un familiar o amigo/a porque usted no tiene un lugar donde vivir con su familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Durante los ultimos 6 meses, algun nino/a en su familia a esperimentado algun tipo de abuso o trauma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. SI HAY NINOS/AS ATENDIENDO LA ESCUELA: ¿sus hijos/as faltan a la escuela muchos dias por semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿ en los ultimos 6 meses, a su familia cambiado debido a divorcio, sus hijos/as volviendo a vivir con usted, algun integrante llendo al servicio militar, o a la carcel, o mudanza o algo parecido?			
38. Anticipa usted a algun adulto o familiar mudandose dentro de los 6 meses de usted haber conseguido vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Tiene usted actividades familiares como ir al cine todos juntos, visitar a familiares, ir a la plaza o parque, a la biblioteca o algo parecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Cuando sus hijos/as no tienen escuela por feriados o fines de semana, cual es el timepo maximo que sus hijos/as estan solos/as? a) 3 o mas horas por dia para ninos/as de 13 anos o mas grandes b) 2 o mas horas por dia para ninos/as de 12 anos o menos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Índice de Vulnerabilidad e Instrumento Asistencial para Decidir sobre las Prioridades de Servicio  
(VI-F-SPDAT por sus siglas en inglés)**

41. SI HAY NINOS/AS DE 12 ANOS O MENOS Y DE 13 ANOS O MAS ¿Los ninos/as mas grandes usan 2 horas o mas ayudando a los ninos mas pequenos ha prepararlos para ir a las escuela, ayudando con las tareas de las escuela, cocinando,banandolos o algun otro tipo de ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Preguntas Adicionales

En un día regular, ¿en dónde se le puede localizar y a qué hora del día es más fácil localizarle?	
¿Hay un número telefónico y/o dirección electrónica donde podamos localizarle o dejar un mensaje?	
Bueno, ahora me gustaría tomarle una foto. ¿Puedo hacerlo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a aceptar
Desde que usted se fue de la casa de sus padres o guardianes, cuántos años en total ha vivido usted y/o su familia en la calle o en refugios de emergencia?	Años: _____
Usted o algún integrante de su familia ha servido en las fuerzas militares en Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a contestar

## SISTEMA DE INFORMACIÓN DE MANEJO DE PERSONAS SIN HOGAR DEL CONDADO DE MARIN (HMIS)

### Consentimiento del cliente para la recopilación y divulgación de información

#### ¿QUÉ ES EL HMIS?

El HMIS es un sistema de datos que almacena información sobre personas sin hogar y servicios y programas de vivienda. El propósito del HMIS es que las agencias proveedoras para personas sin hogar registren información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y proveer servicios a los clientes y a satisfacer los requisitos de las fuentes de fondos como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HMIS también permite a las agencias mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar al permitir que el personal autorizado comparta información de clientes con el permiso del cliente. El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin maneja el HMIS para el Condado de Marin.

#### ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Con este formulario, usted puede dar permiso para que se recopile y comparta la información sobre usted con las diferentes agencias asociadas que proporcionan vivienda y servicios en el Condado de Marin. Una lista actual de agencias asociadas se encuentra en <http://marin.clarityhs.help>. En este momento, las agencias asociadas incluyen:

Adopt-A-Family de Marin	Marin City Salud y Bienestar
Autoridad de Viviendas de Marin (Marin Housing Authority)	Ritter Center
Buckelew	Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de Marin (BHRS)
Center Point	Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin (HHS)
Community Action Marin	Side by Side Youth
Downtown Streets Team	Sociedad St. Vincent de Paul
Equipo de alcance a personas sin hogar (HOT)	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (VA)
Gilead House	
Homeward Bound de Marin	

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al Condado Marin y a las agencias asociadas a compartir mi información ingresada en el HMIS. La información compartida del HMIS se utilizará para ayudar a proporcionar vivienda y servicios, lo que incluye coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos, y evaluar y mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actual en <http://marin.clarityhs.help>.

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:**

- La información a ser recopilada y compartida incluye:
  - Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, número del seguro social, información de contacto, estado de veterano
  - Información básica sobre las condiciones de discapacidad auto reportadas causadas por factores médicos, de salud mental, de uso de sustancias o de desarrollo, incluido el estado de VIH / SIDA auto reportado.
  - Información de vivienda
  - Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios
  - Servicios prestados por las agencias asociadas
  - Mis respuestas a las preguntas de evaluación, incluido el cuestionario VI-SPDAT
  - Mi fotografía u otro retrato (si es que se incluye)
- Puedo negarme a proporcionar algo de esta información. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- El Condado Marin y las agencias asociadas mantendrán mi información de HMIS confidencial usando políticas estrictas de privacidad. Tengo el derecho de revisar las políticas de privacidad que rigen esta información.
- El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin y BitFocus usan contraseñas y tecnología de encriptación para asegurar que la información en el sistema sea segura, y cada usuario y agencia asociada de HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de los datos de HMIS. Sin embargo, siempre hay un pequeño riesgo de violación de seguridad, y alguien podría obtener mi información y utilizarla de manera inapropiada. El Condado Marin y las agencias asociadas están obligados a alertarme si saben de una violación.
- Si tengo preguntas sobre mi información de HMIS, mis derechos con respecto a esa información de HMIS, o estoy preocupado/a de que mi información haya sido mal utilizada, puedo comunicarme con mi administrador de sistemas de HMIS en [contact info].
- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de Información del Cliente.
- Este Consentimiento expirará 3 años después de mi última actividad registrada por el HMIS.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a [email] o comunicándome con la agencia asociada que está proporcionando esta Autorización de divulgación de información.
- Mi información de HMIS puede ser compartida para coordinar la referencia y colocación de vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información de HMIS con otras agencias si es necesario para la coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos y otros servicios.
- Mi información de HMIS puede incluirse en informes para auditores o fuentes de fondos que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluyendo HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin, y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California. Entiendo que la lista de

auditores y fuentes de fondos puede cambiar con el tiempo. Mi identidad no será compartida en estos informes.

- Mi información de HMIS puede ser utilizada para la investigación; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

\_\_\_ Me han ofrecido y he rechazado una copia de este formulario

\_\_\_ He recibido una copia de este formulario

FIRMA:

Fecha:

\_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde:

\_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:**

Client Opted Out/Refused Consent: \_\_\_\_\_ (Staff/Agency Initials)

\_\_\_\_\_  
Witness Staff & Agency

\_\_\_\_\_  
Date:



## SISTEMA DE INFORMACIÓN DE MANEJO DE PERSONAS SIN HOGAR DEL CONDADO DE MARIN (HMIS)

### Consentimiento del cliente para la recopilación y divulgación de información

#### ¿QUÉ ES EL HMIS?

El HMIS es un sistema de datos que almacena información sobre personas sin hogar y servicios y programas de vivienda. El propósito del HMIS es que las agencias proveedoras para personas sin hogar registren información sobre los clientes a los que atienden. Esta información ayuda a las agencias proveedoras a planificar y proveer servicios a los clientes y a satisfacer los requisitos de las fuentes de fondos como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD, por sus siglas en inglés). HMIS también permite a las agencias mejorar los servicios que apoyan a las personas sin hogar al permitir que el personal autorizado comparta información de clientes con el permiso del cliente. El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin maneja el HMIS para el Condado de Marin.

#### ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO?

Con este formulario, usted puede dar permiso para que se recopile y comparta la información sobre usted con las diferentes agencias asociadas que proporcionan vivienda y servicios en el Condado de Marin. Una lista actual de agencias asociadas se encuentra en <http://marin.clarityhs.help>. En este momento, las agencias asociadas incluyen:

Adopt-A-Family de Marin	Marin City Salud y Bienestar
Autoridad de Viviendas de Marin (Marin Housing Authority)	Ritter Center
Buckelew	Servicios de Recuperación y Salud Conductual del Condado de Marin (BHRS)
Center Point	Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin (HHS)
Community Action Marin	Side by Side Youth
Downtown Streets Team	Sociedad St. Vincent de Paul
Equipo de alcance a personas sin hogar (HOT)	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos (VA)
Gilead House	
Homeward Bound de Marin	

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO al Condado Marin y a las agencias asociadas a compartir mi información ingresada en el HMIS. La información compartida del HMIS se utilizará para ayudar a proporcionar vivienda y servicios, lo que incluye coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos, y evaluar y mejorar la calidad de los programas de vivienda y servicios. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que puedo encontrar una lista actual en <http://marin.clarityhs.help>.

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:**

- La información a ser recopilada y compartida incluye:
  - Nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, número del seguro social, información de contacto, estado de veterano
  - Información básica sobre las condiciones de discapacidad auto reportadas causadas por factores médicos, de salud mental, de uso de sustancias o de desarrollo, incluido el estado de VIH / SIDA auto reportado.
  - Información de vivienda
  - Información sobre empleo, ingresos, seguros y beneficios
  - Servicios prestados por las agencias asociadas
  - Mis respuestas a las preguntas de evaluación, incluido el cuestionario VI-SPDAT
  - Mi fotografía u otro retrato (si es que se incluye)
- Puedo negarme a proporcionar algo de esta información. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- Puedo negarme a firmar este Consentimiento. Si me niego, no perderé ningún beneficio o servicio.
- El Condado Marin y las agencias asociadas mantendrán mi información de HMIS confidencial usando políticas estrictas de privacidad. Tengo el derecho de revisar las políticas de privacidad que rigen esta información.
- El Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin y BitFocus usan contraseñas y tecnología de encriptación para asegurar que la información en el sistema sea segura, y cada usuario y agencia asociada de HMIS ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de los datos de HMIS. Sin embargo, siempre hay un pequeño riesgo de violación de seguridad, y alguien podría obtener mi información y utilizarla de manera inapropiada. El Condado Marin y las agencias asociadas están obligados a alertarme si saben de una violación.
- Si tengo preguntas sobre mi información de HMIS, mis derechos con respecto a esa información de HMIS, o estoy preocupado/a de que mi información haya sido mal utilizada, puedo comunicarme con mi administrador de sistemas de HMIS en [contact info].
- Puedo recibir una copia de este Consentimiento y la Hoja de Información del Cliente.
- Este Consentimiento expirará 3 años después de mi última actividad registrada por el HMIS.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a [email] o comunicándome con la agencia asociada que está proporcionando esta Autorización de divulgación de información.
- Mi información de HMIS puede ser compartida para coordinar la referencia y colocación de vivienda y servicios.
- Las agencias asociadas pueden compartir mi información de HMIS con otras agencias si es necesario para la coordinación de atención, asesoramiento, alimentación, asistencia de servicios públicos y otros servicios.
- Mi información de HMIS puede incluirse en informes para auditores o fuentes de fondos que revisan el trabajo de las agencias asociadas, incluyendo HUD, el Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud del Condado de Marin, y el Departamento de Vivienda y Desarrollo Comunitario de California. Entiendo que la lista de

auditores y fuentes de fondos puede cambiar con el tiempo. Mi identidad no será compartida en estos informes.

- Mi información de HMIS puede ser utilizada para la investigación; sin embargo, mi identidad permanecerá privada.

\_\_\_ Me han ofrecido y he rechazado una copia de este formulario

\_\_\_ He recibido una copia de este formulario

FIRMA:

Fecha:

\_\_\_\_\_

Nombre con letra de molde:

\_\_\_\_\_

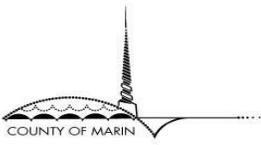
**PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA:**

Client Opted Out/Refused Consent: \_\_\_\_\_ (Staff/Agency Initials)

\_\_\_\_\_  
Witness Staff & Agency

\_\_\_\_\_  
Date:





**Condado de Marin – Programa de Atención Integral  
Consentimiento para Entregar y/o Intercambiar Registros de  
Pacientes No-SUD**

Nombre del Participante (*en letra clara*): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Mes/día/año

CIN Medi-Cal (*Incluir si lo conoce*) \_\_\_\_\_

La ejecución de este documento autoriza el uso y divulgación de información protegida sobre la salud y/o elegibilidad de usted. Esto excluye la divulgación de todo registro de Trastorno por Uso de Sustancias (SUD) -por sus siglas en inglés- sujetos a 42 C.F.R parte 2. El no proveer toda la información solicitada puede invalidar este consentimiento.

**Quién Puede Usar, Divulgar o Compartir Mi Información:**

A fin de que los Organismos Participantes de la Atención Integral de la Persona (WPC) puedan identificar y coordinar los servicios, es esencial usted nos dé su permiso para compartir e intercambiar información pertinente con sus proveedores de atención y otros proveedores de servicios disponibles para usted. La siguiente es una lista extensa de aquellos organismos que participan del Programa de Intercambio de Datos de WPC. El compartir cualquier parte de su información con alguno de estos organismos será sólo en base a una necesidad y sólo para la coordinación de su atención o servicios.

Por medio de la presente autorizo la liberación de la información identificada más abajo por parte de, y el intercambio de la información identificada más abajo entre, todas las agencias, organismos, e instalaciones del proyecto de Atención Integral de la Persona del Condado de Marin, que puede incluir los siguientes: HHS del Condado de Marin (**Excluye los Registros de Trastorno por Uso de Sustancias sujetos a 42 CFR Parte 2**), Fiscal del Distrito del Condado de Marin, Departamento de Libertad Condicional del Condado de Marin, Defensor Público del Condado de Marin, Bright Heart Health (Salud Cardíaca), Programas de Buckelew, Center Point (**Excluye los Registros de Trastorno por Uso de Sustancias sujetos a 42 CFR Parte 2**), la Autoridad Policiaca de Marin Central, la Ciudad de Novato, la Ciudad de San Rafael, la Alianza de Salud de la Costa, Acción Comunitaria de Marin, el Equipo de las Calles Centrales, Sociedad de Salud de Marin, "Homeward Bound", Kaiser Permanente San Rafael, Atención Médica LifeLong, Centro de Salud y Bienestar de la Ciudad de Marin, Clínicas Comunitarias de Marin, Oficina del Alguacil del Condado de Marin, Hospital General de Marin, Marin Health Gateway, Autoridad de Vivienda de Marin, Centro de Tratamiento de Marin (**Excluye los Registros de Trastorno por Uso de Sustancias sujetos a 42 CFR Parte 2**), Servicios Comunitarios del Norte de Marin, Opportunity

Village, Sociedad de Plan de Salud de CA, Centro Ritter, Acceso de la Tercera Edad, Sociedad de San Vicente de Paul, Servicios Sunny Hills, El Centro Spahr, Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE.UU., Whistlestop.

Se me ha provisto una completa y actual lista de participantes, individuos y organismos y está disponible en el sitio web de Atención Integral de la Persona:

<https://www.marinhhs.org/whole-person-care>

**El(los) Objetivo(s) de la Divulgación(es)/Intercambio:**

El objetivo de este consentimiento es permitirle al personal y a los miembros de los organismos autorizados que aparecen más arriba coordinar, colaborar, y evaluar servicios adecuados médicos, de vivienda y/o de apoyo relacionados con la obtención de viviendas y con la mejora de la coordinación de la atención (incluyendo, pero sin limitarse a, la divulgación, la gestión de casos, refugios de emergencia, servicios de empleo, asistencia con los beneficios, servicios de salud médica y/o conductual, clases de conocimientos prácticos para la vida, y asistencia en la búsqueda de vivienda). Entiendo que la información no será compartida por ningún otro objetivo que no sea el requerido por las leyes o que sea específicamente autorizado por mí.

**Mis Derechos**

- ▶ Puedo negarme a firmar este consentimiento. Mi negativa no afectará mi habilidad de obtener tratamiento o pago o la elegibilidad de beneficios que de otro modo estén disponibles para mí.
- ▶ Tengo el derecho de recibir una copia de este consentimiento.
- ▶ Puedo revocar (retractarme de) este consentimiento en cualquier momento. Para hacer eso, debo entregar mi solicitud de revocación por escrito a la siguiente dirección:

**Programa de Cumplimiento - Departamento de Salud y Servicios Humanos,  
20 N. San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903  
O e-mail: [HHSCompliance@marincounty.org](mailto:HHSCompliance@marincounty.org)**

- ▶ Mi revocación entrará en vigor al ser recibida, excepto en la medida en que otros ya hayan actuado sobre la base de esta autorización.

**Re-Divulgación:**

Entiendo que la información personal y de salud divulgada conforme a esta Autorización podría ser re-divulgada por el recipiente. Dicha re-divulgación no está, en algunos casos, protegida por las leyes de California y puede no estar más protegida por la ley federal de confidencialidad tal como la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164. Entiendo que los registros de salud mental están sujetos al Código 5328 de Bienestar e Instituciones y a la Ley de

Confidencialidad de la Información Médica de CA, y no pueden ser re-divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que de otro modo lo provea o lo requiera la ley.

**Qué Será Divulgado o Intercambiado:** La presente es una autorización de total divulgación de mi información de salud y/o elegibilidad, a menos que yo especifique alguna limitación más abajo. Información que pueda incluir atención médica, quirúrgica, enfermedades contagiosas, exámenes de laboratorio, medicamentos, elegibilidad de beneficios estatales, y cualquier otra información personal que pueda ayudar a los organismos anteriores a llevar a cabo el(los) objetivo(s) indicado(s) más arriba. Los resultados de las pruebas de salud mental y de VIH están específicamente protegidos por las leyes Federales o Estatales y requieren de mi consentimiento explícito para liberar estos registros, si acaso los hay, como se indica más abajo:

**Teléfono Celular del Cliente** (opcional):

Acepto recibir llamadas o textos (para establecer contacto con el personal del programa) a este número: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Registros de tratamiento por salud mental** \_\_\_\_\_ (Firmar para Permitir)

**Resultados de Pruebas de VIH** \_\_\_\_\_ (Firmar para Permitir)

**Limitaciones:** Los siguientes tipos de información **no** pueden ser usados, divulgados o compartidos (ej: resultados de pruebas de laboratorio, información de prescripción, etc.):

---

---

---

**Personas Adicionales:** Doy permiso para compartir e intercambiar información pertinente con los siguientes individuos u organizaciones adicionales:

---

---

**Vencimiento:**

Esta autorización se vence el día (fecha): \_\_\_\_\_,  
o (evento): **ejemplo: Ya no estoy inscrito(a) en el Programa de Atención Integral.**

Si no escribo una fecha o evento, esta autorización permanecerá en vigor por tres (3) años a partir de la fecha de mi firma.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy** \_\_\_\_\_  
Participante/Representante Legal

**ROI** (Liberación de Información) **recolectada por** (nombre, organismo): \_\_\_\_\_

-----  
Si no es firmado por el individuo (afiliado), nombre y relación de Representante Legal:

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo (opcional)\_\_\_\_\_

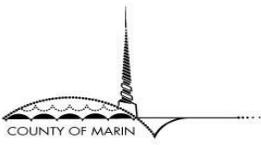
Nombre Escrito del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy\_\_\_\_\_

-----  
**Sólo para Uso de la Oficina:**

Revocado por (nombre) \_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

Revocación recibida por: (nombre)\_\_\_\_\_

Fecha de información del proyecto WPC: \_\_\_\_\_



Condado de Marin – Programa de Atención Integral  
Consentimiento para Entregar y/o Intercambiar Registros de  
Pacientes No-SUD

Nombre del Participante (en letra clara): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Mes/día/año

CIN Medi-Cal (Incluir si lo conoce) \_\_\_\_\_

La ejecución de este documento autoriza el uso y divulgación de información protegida sobre la salud y/o elegibilidad de usted. Esto excluye la divulgación de todo registro de Trastorno por Uso de Sustancias (SUD) -por sus siglas en inglés- sujetos a 42 C.F.R parte 2. El no proveer toda la información solicitada puede invalidar este consentimiento.

**Quién Puede Usar, Divulgar o Compartir Mi Información:**

A fin de que los Organismos Participantes de la Atención Integral de la Persona (WPC) puedan identificar y coordinar los servicios, es esencial usted nos dé su permiso para compartir e intercambiar información pertinente con sus proveedores de atención y otros proveedores de servicios disponibles para usted. La siguiente es una lista extensa de aquellos organismos que participan del Programa de Intercambio de Datos de WPC. El compartir cualquier parte de su información con alguno de estos organismos será sólo en base a una necesidad y sólo para la coordinación de su atención o servicios.

Por medio de la presente autorizo la liberación de la información identificada más abajo por parte de, y el intercambio de la información identificada más abajo entre, todas las agencias, organismos, e instalaciones del proyecto de Atención Integral de la Persona del Condado de Marin, que puede incluir los siguientes: HHS del Condado de Marin (**Excluye los Registros de Trastorno por Uso de Sustancias sujetos a 42 CFR Parte 2**), Fiscal del Distrito del Condado de Marin, Departamento de Libertad Condicional del Condado de Marin, Defensor Público del Condado de Marin, Bright Heart Health (Salud Cardíaca), Programas de Buckelew, Center Point (**Excluye los Registros de Trastorno por Uso de Sustancias sujetos a 42 CFR Parte 2**), la Autoridad Policiaca de Marin Central, la Ciudad de Novato, la Ciudad de San Rafael, la Alianza de Salud de la Costa, Acción Comunitaria de Marin, el Equipo de las Calles Centrales, Sociedad de Salud de Marin, "Homeward Bound", Kaiser Permanente San Rafael, Atención Médica LifeLong, Centro de Salud y Bienestar de la Ciudad de Marin, Clínicas Comunitarias de Marin, Oficina del Alguacil del Condado de Marin, Hospital General de Marin, Marin Health Gateway, Autoridad de Vivienda de Marin, Centro de Tratamiento de Marin (**Excluye los Registros de Trastorno por Uso de Sustancias sujetos a 42 CFR Parte 2**), Servicios Comunitarios del Norte de Marin, Opportunity

Village, Sociedad de Plan de Salud de CA, Centro Ritter, Acceso de la Tercera Edad, Sociedad de San Vicente de Paul, Servicios Sunny Hills, El Centro Spahr, Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE.UU., Whistlestop.

Se me ha provisto una completa y actual lista de participantes, individuos y organismos y está disponible en el sitio web de Atención Integral de la Persona:

<https://www.marinhhs.org/whole-person-care>

**El(los) Objetivo(s) de la Divulgación(es)/Intercambio:**

El objetivo de este consentimiento es permitirle al personal y a los miembros de los organismos autorizados que aparecen más arriba coordinar, colaborar, y evaluar servicios adecuados médicos, de vivienda y/o de apoyo relacionados con la obtención de viviendas y con la mejora de la coordinación de la atención (incluyendo, pero sin limitarse a, la divulgación, la gestión de casos, refugios de emergencia, servicios de empleo, asistencia con los beneficios, servicios de salud médica y/o conductual, clases de conocimientos prácticos para la vida, y asistencia en la búsqueda de vivienda). Entiendo que la información no será compartida por ningún otro objetivo que no sea el requerido por las leyes o que sea específicamente autorizado por mí.

**Mis Derechos**

- ▶ Puedo negarme a firmar este consentimiento. Mi negativa no afectará mi habilidad de obtener tratamiento o pago o la elegibilidad de beneficios que de otro modo estén disponibles para mí.
- ▶ Tengo el derecho de recibir una copia de este consentimiento.
- ▶ Puedo revocar (retractarme de) este consentimiento en cualquier momento. Para hacer eso, debo entregar mi solicitud de revocación por escrito a la siguiente dirección:

**Programa de Cumplimiento - Departamento de Salud y Servicios Humanos,  
20 N. San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903  
O e-mail: [HHSCompliance@marincounty.org](mailto:HHSCompliance@marincounty.org)**

- ▶ Mi revocación entrará en vigor al ser recibida, excepto en la medida en que otros ya hayan actuado sobre la base de esta autorización.

**Re-Divulgación:**

Entiendo que la información personal y de salud divulgada conforme a esta Autorización podría ser re-divulgada por el recipiente. Dicha re-divulgación no está, en algunos casos, protegida por las leyes de California y puede no estar más protegida por la ley federal de confidencialidad tal como la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164. Entiendo que los registros de salud mental están sujetos al Código 5328 de Bienestar e Instituciones y a la Ley de

Confidencialidad de la Información Médica de CA, y no pueden ser re-divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que de otro modo lo provea o lo requiera la ley.

**Qué Será Divulgado o Intercambiado:** La presente es una autorización de total divulgación de mi información de salud y/o elegibilidad, a menos que yo especifique alguna limitación más abajo. Información que pueda incluir atención médica, quirúrgica, enfermedades contagiosas, exámenes de laboratorio, medicamentos, elegibilidad de beneficios estatales, y cualquier otra información personal que pueda ayudar a los organismos anteriores a llevar a cabo el(los) objetivo(s) indicado(s) más arriba. Los resultados de las pruebas de salud mental y de VIH están específicamente protegidos por las leyes Federales o Estatales y requieren de mi consentimiento explícito para liberar estos registros, si acaso los hay, como se indica más abajo:

**Teléfono Celular del Cliente** (opcional):

Acepto recibir llamadas o textos (para establecer contacto con el personal del programa) a este número: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Registros de tratamiento por salud mental** \_\_\_\_\_ (Firmar para Permitir)

**Resultados de Pruebas de VIH** \_\_\_\_\_ (Firmar para Permitir)

**Limitaciones:** Los siguientes tipos de información **no** pueden ser usados, divulgados o compartidos (ej: resultados de pruebas de laboratorio, información de prescripción, etc.):

---

---

---

**Personas Adicionales:** Doy permiso para compartir e intercambiar información pertinente con los siguientes individuos u organizaciones adicionales:

---

---

**Vencimiento:**

Esta autorización se vence el día (fecha): \_\_\_\_\_,  
o (evento): **ejemplo: Ya no estoy inscrito(a) en el Programa de Atención Integral.**

Si no escribo una fecha o evento, esta autorización permanecerá en vigor por tres (3) años a partir de la fecha de mi firma.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha de Hoy** \_\_\_\_\_  
Participante/Representante Legal

**ROI** (Liberación de Información) **recolectada por** (nombre, organismo): \_\_\_\_\_

-----  
Si no es firmado por el individuo (afiliado), nombre y relación de Representante Legal:

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo (opcional)\_\_\_\_\_

Nombre Escrito del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy\_\_\_\_\_

-----  
**Sólo para Uso de la Oficina:**

Revocado por (nombre) \_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

Revocación recibida por: (nombre)\_\_\_\_\_

Fecha de información del proyecto WPC: \_\_\_\_\_