

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD – INSTRUMENTO ASISTENCIAL PARA DECIDIR SOBRE LAS
PRIORIDADES DE SERVICIO (VI-SPDAT)

ADULTOS SOLTEROS

VERSIÓN AMERICANA 2.0

Administración

| | | |
|--|---|---|
| Nombre del Entrevistador _____ | Agencia _____ | <input type="checkbox"/> Equipo <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Voluntario |
| Fecha de la Encuesta DD/MM/AAAA ___ / ___ / ____ | Hora de la Encuesta ___ : ___ AM/PM | Lugar de la Encuesta _____ |

Guion de Introducción

Cada evaluador en su comunidad, sin importar la organización que llena el VI-SPDAT, debe usar el mismo guion de introducción. En dicho guion, usted debe destacar la siguiente información:

- El nombre del evaluador y su afiliación (organización para la que trabaja, voluntario de Point in Time Count, etc.)
- El motivo por el que se está llenando el VI-SPDAT
- Que normalmente toma menos de 7 minutos para llenar
- Que solo se están buscando respuestas de “Sí”, “No”, o de una sola palabra
- Que se puede omitir o negar a responder cualquier pregunta
- Dónde se va a almacenar la información
- Que si el participante no entiende una pregunta o el evaluador no entiende la pregunta, se puede aclarar
- La importancia de transmitir información veraz al evaluador y no sentir que hay una respuesta correcta o preferida que ellos deben proporcionar, ni información que deben ocultar

Información Básica

| | | |
|--|-----------------------|--|
| Primer Nombre _____ | Apodo _____ | Apellido _____ |
| ¿En qué idioma considera usted que se expresa mejor? _____ | | |
| Fecha de Nacimiento DD/MM/AAAA ___ / ___ / ____ | Edad _____ | Nro. de Seguro Social _____ |
| | | Autorización para participar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

SI LA PERSONA TIENE 60 AÑOS DE EDAD O MÁS, CALIFIQUE CON 1.

PUNTAJE:

A. Historial de Vivienda y Falta de Vivienda

1. ¿Dónde duerme más a menudo? (marque uno)

- Albergues
 Viviendas de Transición
 Refugio Seguro
 A la intemperie
 Otro (especificar):

 Se niega a responder

SI LA PERSONA RESPONDIÓ ALGO DISTINTO A “ALBERGUE”, “VIVIENDA DE TRANSICIÓN”,
O “REFUGIO SEGURO”, CALIFIQUE CON 1. **PUNTAJE:**

2. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que ha vivido en una vivienda estable permanente? _____ Se niega a responder

3. En los últimos tres años, ¿cuántas veces ha estado sin vivienda? _____ Se niega a responder

SI LA PERSONA HA EXPERIMENTADO 1 O MÁS AÑOS CONSECUTIVOS SIN VIVIENDA,
Y/O 4+ EPISODIOS SIN VIVIENDA, CALIFIQUE CON 1. **PUNTAJE:**

B. Riesgos

4. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces ha...

a) Recibido atención de salud en una sala/departamento de urgencias?

____ Se niega a responder

b) Sido llevado(a) en ambulancia al hospital?

____ Se niega a responder

c) Estado hospitalizado(a) como paciente internado(a)?

____ Se niega a responder

d) Usado un servicio para crisis, incluyendo crisis de agresión sexual, salud mental, violencia de pareja/familiar, centros para malestar, líneas de prevención de suicidio?

____ Se niega a responder

e) Ha hablado con un policía porque fue testigo de un crimen, una víctima de un crimen, o el supuesto perpetrador de un crimen, o porque la policía le ordenó que desalojara la zona?

____ Se niega a responder

f) Se quedó una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea por una estadía corta, por ejemplo por estar ebrio(a) o una estadía larga por delitos más graves o por cualquier otra cosa?

____ Se niega a responder

SI EL TOTAL DE INTERACCIONES ES IGUAL A 4 O MÁS, ENTONCES CALIFIQUE CON 1 **PUNTAJE:**
EL USO DE SERVICIOS DE URGENCIAS.

5. ¿Ha sido atacado o agredido desde que se quedó sin vivienda? S N Se niega a responder

6. ¿Ha amenazado con o intentado hacerse daño a usted mismo o a alguna otra persona en el último año? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ” A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR RIESGO DE DAÑO. **PUNTAJE:**

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD – INSTRUMENTO ASISTENCIAL PARA DECIDIR SOBRE LAS
PRIORIDADES DE SERVICIO (VI-SPDAT)

ADULTOS SOLTEROS

VERSIÓN AMERICANA 2.0

7. ¿Actualmente tiene alguna situación legal que pueda resultar en que le encarcelen, tenga que pagar multas, o que le suponga un obstáculo para alquilar una vivienda? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ”, CALIFIQUE CON 1 POR PROBLEMAS LEGALES.

PUNTAJE:

8. ¿Hay alguien que le obliga o engaña para hacer cosas que Ud. no quiere hacer? S N Se niega a responder

9. ¿Hace cosas que puedan considerarse riesgosas como intercambiar sexo por dinero, vender drogas para alguien, tener sexo sin protección con alguien que no conoce, compartir una aguja, o algo similar? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ” A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR RIESGO DE EXPLOTACIÓN.

PUNTAJE:

C. Socialización y Funcionamiento Diario

10. ¿Hay alguien, un arrendador, negocio, corredor de apuestas, comerciante o grupo gubernamental como el IRS que cree que usted le debe dinero? S N Se niega a responder

11. ¿Recibe dinero del gobierno, una pensión, una herencia, por un trabajo en secreto, trabajo regular, o algo similar? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ” A LA PREGUNTA 10 O “NO” A LA PREGUNTA 11, CALIFIQUE CON 1 POR ADMINISTRACIÓN DE DINERO.

PUNTAJE:

12. ¿Tiene actividades planeadas más que la simple supervivencia que le hacen sentir feliz y realizado(a)? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “NO”, CALIFIQUE CON 1 POR ACTIVIDAD DIARIA SIGNIFICATIVA.

PUNTAJE:

13. ¿Actualmente es capaz de hacerse cargo de necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar un baño, conseguir comida y agua limpia y otras cosas similares? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “NO”, CALIFIQUE CON 1 POR CUIDADO PROPIO.

PUNTAJE:

14. Su falta actual de vivienda está causada de alguna manera Por un relación que se descompuso, una relación poco saludable o abusiva, o debido a que su familia o amigos causaron que fuese desalojado(a)? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ”, CALIFIQUE CON 1 POR RELACIONES SOCIALES.

PUNTAJE:

ÍNDICE DE VULNERABILIDAD – INSTRUMENTO ASISTENCIAL PARA DECIDIR SOBRE LAS PRIORIDADES DE SERVICIO (VI-SPDAT)

ADULTOS SOLTEROS

VERSIÓN AMERICANA 2.0

D. Bienestar

15. ¿Alguna vez ha tenido que dejar un apartamento, programa de refugio u otro lugar en el que se estaba alojando debido a su salud física? S N Se niega a responder
16. ¿Tiene algún problema crónico de salud en su hígado, riñones, estómago, pulmones o corazón? S N Se niega a responder
17. Si hubiese disponibilidad en un programa que ayuda específicamente a personas que viven con VIH o SIDA, ¿sería de interés para usted? S N Se niega a responder
18. ¿Tiene una discapacidad física que limitaría el tipo de vivienda a la que usted podría acceder o le dificultaría vivir de manera independiente porque usted necesitaría ayuda? S N Se niega a responder
19. Cuando usted está enfermo(a) o no se siente bien, ¿evita buscar ayuda? S N Se niega a responder
20. **ÚNICAMENTE PARA LAS MUJERES ENCUESTADAS:** ¿Está embarazada actualmente? S N N/A o se niega a responder

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR **SALUD FÍSICA**.

PUNTAJE:

21. ¿Alguna vez su consumo de drogas o alcohol le ha llevado a ser expulsado(a) de un apartamento o programa en el que se estaba quedando? S N Se niega a responder
22. ¿El consumo de alcohol o drogas hace que sea difícil para usted mantener o costear una vivienda? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR **CONSUMO DE SUSTANCIAS**.

PUNTAJE:

23. ¿Ha tenido problemas para mantener su vivienda o ha sido desalojado(a) de un apartamento, programa de refugio u otro lugar en el que se estaba quedando debido a:
- a) ¿Un problema o preocupación de salud mental? S N Se niega a responder
- b) ¿Un traumatismo craneal previo? S N Se niega a responder
- c) ¿Una discapacidad del aprendizaje o del desarrollo, u otra discapacidad? S N Se niega a responder
24. ¿Tiene algún problema de salud mental o cerebral que dificultaría que usted viva de manera independiente porque usted necesitaría ayuda? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ "SI" A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR **SALUD MENTAL**.

PUNTAJE:

SI EL ENCUESTADO OBTUVO 1 POR **SALUD FÍSICA** Y 1 POR **CONSUMO DE SUSTANCIAS** Y 1 POR **SALUD MENTAL**, CALIFIQUE CON 1 POR **MORBILIDAD TRIPLE**.

PUNTAJE:

**ÍNDICE DE VULNERABILIDAD – INSTRUMENTO ASISTENCIAL PARA DECIDIR SOBRE LAS
PRIORIDADES DE SERVICIO (VI-SPDAT)**

ADULTOS SOLTEROS

VERSIÓN AMERICANA 2.0

25. ¿Hay algún medicamento que un médico le dijo que debería estar tomando que, por cualquier motivo, no está tomando? S N Se niega a responder
26. ¿Hay algún medicamento como analgésicos que usted no toma de la manera que el medico recetó o que vende? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ” A CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES, CALIFIQUE CON 1 POR MEDICAMENTOS.

PUNTAJE:

27. **SÍ O NO:** ¿Su episodio actual sin vivienda ha sido causado por una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, sexual u otro tipo de abuso, o por cualquier otro tipo de trauma que usted ha experimentado? S N Se niega a responder

SI RESPONDIÓ “SÍ”, CALIFIQUE CON 1 POR ABUSO Y TRAUMA.

PUNTAJE:

Resumen de Puntuación

| COMPONENTE | SUBTOTAL | RESULTADOS |
|--|------------|---|
| PRE-ENCUESTA | /1 | Puntaje: Recomendación: 0-3: Ninguna intervención de vivienda 4-7: Una evaluación para Realojamiento Rápido 8+: Una evaluación para Vivienda de Apoyo Permanente/Vivienda Primero |
| A. HISTORIAL DE VIVIENDA Y FALTA DE VIVIENDA | /2 | |
| B. RIESGOS | /4 | |
| C. SOCIALIZACIÓN Y FUNCIONES DIARIAS | /4 | |
| D. BIENESTAR | /6 | |
| TOTAL: | /17 | |

Preguntas Complementarias

| | |
|--|---|
| En un día normal, ¿en dónde se le puede localizar y a qué hora del día es más fácil localizarle? | lugar: _____ hora: ___ : ___ o Mañana/Mediodía/Tarde/Noche |
| ¿Hay algún nro. de teléfono y/o correo electrónico donde podamos localizarle o dejarle un mensaje de manera segura? | Telf.: (_____) _____ - _____ Correo electrónico: _____ |
| Bien, ahora me gustaría tomarle una foto para que sea más fácil encontrarle y confirmar su identidad en el futuro. ¿Me lo permite? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega |

Pregunta Local (Sin puntaje)

| | |
|---|---|
| Desde que se mudó de la casa de sus progenitores o padres de crianza temporal, ¿cuántos años en toda su vida ha vivido en la calle o en un refugio de emergencia? | Años: _____ |
| ¿Ha prestado servicio en el Ejército de los EEUU? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se niega a responder |

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:

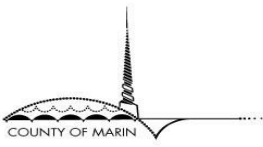
Nombre con letra de molde:

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**

- ▶ 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: _____