



Departamento de Vivienda de Apoyo para  
 Personas sin Hogar de San Francisco  
**Sistema de Respuesta para Personas  
 sin Hogar**  
 Autorización para el Uso o  
 Divulgación de Información

Nombre con letra de molde:
Fecha de nacimiento:

Este formulario y el aviso adjunto describen cómo la información personal sobre usted puede ser utilizada y compartida por el Departamento de Vivienda de Apoyo para Personas sin Hogar (HSH) de la Ciudad y Condado de San Francisco y sus organizaciones proveedoras, así como los derechos que usted tiene en relación a su información.

El Sistema de Navegación y Entrada en Línea (ONE - el Sistema de Información sobre el Manejo de Personas sin Hogar de la Ciudad) del Departamento de Vivienda de Apoyo para Personas sin Hogar (HSH) de San Francisco es una base de datos que permite al HSH guardar, acceder y compartir información a nivel de cliente con nuestras agencias asociadas, que son los Departamentos de la Ciudad de San Francisco, incluyendo el Departamento de Salud Pública y la Agencia de Servicios Humanos, y otros proveedores de vivienda y servicios basados en la comunidad que trabajan con las personas que sufren o están en riesgo de sufrir la falta de hogar.

Ejemplos incluyen el Equipo de Alcance a las Personas sin Hogar de SF (SFHOT) o proveedores de servicios de vivienda de apoyo.

Para poder ayudarle de la mejor manera, la información se recopila en el sistema ONE y es utilizada o compartida por las agencias asociadas. Las agencias asociadas utilizan la información del sistema ONE para:

- Equiparar a los clientes con una vivienda apropiada y otros servicios que puedan recibir.
- Mejorar la coordinación de su cuidado y servicios relacionados entre las agencias y proveedores de la Ciudad; y
- Continuar buscando maneras de mejorar la vivienda y servicios relacionados de HSH
- Compartiremos información con las agencias asociadas pertinentes si usted accede a muchos de los servicios del Sistema de Respuesta para Personas sin Hogar (HRS) del HSH.

Se puede encontrar una lista de las agencias asociadas del HSH en: [www.hsh.sfgov.org](http://www.hsh.sfgov.org)

El acceso a la información sobre usted está limitado por las leyes federales, estatales y locales y toda persona que pueda acceder al sistema ONE o a la información sobre usted debe firmar un acuerdo de que ellos cumplirán con las leyes de privacidad (que se detallan en el Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto).

**Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:**

- **Yo autorizo a HSH y a sus agencias asociadas a utilizar y compartir la información recopilada sobre mí, incluyendo el tiempo que he estado sin hogar y la información sobre mis vulnerabilidades, tal como la información de salud, para evaluar y coordinar los servicios para los cuales pueda ser elegible, incluyendo:** Vivienda y servicios de HSH, beneficios, ayuda para servicios públicos u otros servicios relacionados.



Sistema de Respuesta para Personas sin Hogar  
Autorización para el Uso o Divulgación de Información

- **\*\*Sólo para miembros de San Francisco Health Plan y Anthem Blue Cross: Autorización para compartir mi información con mi plan de salud\*\***
  - El Departamento de Vivienda de Apoyo para Personas sin Hogar puede compartir mi información de contacto e información sobre mi situación de vivienda con mi plan de salud, el San Francisco Health Plan, con el propósito de coordinar mi atención médica. El personal del San Francisco Health Plan cumplirá con todas las leyes federales y estatales de privacidad cuando necesiten acceder a mi información protegida médica y/o de identificación personal para determinar mi elegibilidad para los servicios.

**Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:**

- Las agencias asociadas y su personal han firmado acuerdos para mantener la seguridad y confidencialidad de mi información. Tengo el derecho de revisar todas las políticas de confidencialidad aplicables.
- Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización, sin embargo, esto limitará los servicios que puedo recibir de proveedores que no son de atención médica de HSH.
- El que yo autorice la divulgación de mi información no garantiza que recibiré servicios.
- La información puede ser compartida para obtener ayuda si soy un peligro inmediato para mí mismo o para otros o si se sospecha que hay abuso de un menor o de un adulto discapacitado.
- Puedo ver u obtener una copia de la información recopilada sobre mí (vea el Aviso para más información)
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección:  
P.O. Box 427400, San Francisco, CA 94142-7400
- Si cancelo esta Autorización, no se recopilará ni compartirá más información sobre mí, pero no retirará ni eliminará la información que ya se haya recopilado o compartido.
- Mi información está protegida por las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Mi información no puede ser compartida más adelante sin mi consentimiento por escrito, excepto en los casos previstos por la ley.
- Si mi expediente incluye una foto, puede ser vista por las agencias asociadas. La fotografía puede ser recortada o editada según sea necesario.
- Las agencias asociadas y el personal de Bitfocus (Administrador de Sistema para el sistema ONE) que utilizan el sistema ONE para evaluar las viviendas y servicios de HSH han firmado acuerdos de que cumplirán con todas las leyes de privacidad.



Sistema de Respuesta para Personas sin Hogar  
Autorización para el Uso o Divulgación de Información

- Yo entiendo que los expedientes médicos, de VIH/SIDA, de salud mental y de drogas y alcohol están protegidos bajo varias regulaciones federales y estatales, incluyendo la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, la Ley de Confidencialidad de Información Médica, la Sección 56.10 del Código Civil de California (CMIA), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, 45 C.F.R., partes 160 y 164 ("HIPAA"), y las Regulaciones Federales que Gobiernan la Confidencialidad de los Expedientes de Abuso de Drogas de los Pacientes, 42 C.F.R., Parte 2.
- A menos que sea permitido o requerido por la ley, la información recibida por HSH y las agencias asociadas no puede ser compartida con nadie más sin mi consentimiento.



Esta Autorización expira tres años después de la fecha de la firma o en la fecha anterior aquí indicada: \_\_\_\_\_



**Firma (Cliente/Representante Legal):**

**Fecha:**

\_\_\_\_\_

**Nombre en letra molde (Cliente/Representante Legal):**

**Si es firmado por una persona autorizada que no sea el cliente, indique la relación:**

\_\_\_\_\_

*Si el cliente/representante legal se niega a firmar, el personal debe indicar la razón de la negación y agregar la firma del personal:*

\_\_\_\_\_