

HMIS DEL CONDADO DE SANTA CLARA
CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA LA RECOGIDA DE DATOS Y DIVULGACIÓN DE LOS
MISMOS

ESTE AVISO EXPLICA DE QUE MANERA SE PUEDEN USAR Y DAR A CONOCER SUS DATOS Y COMO
PUEDE USTED ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CON ATENCIÓN.

El Sistema de Gestión de la Información de las Personas sin Hogar del Condado de Santa Clara ("SCC HMIS") es una base de datos y una aplicación de software que reúne confidencialmente, utiliza, y comparte información a nivel de cliente, relacionada con las personas sin hogar en el Condado de Santa Clara. SCC HMIS se administra en nombre de la Atención Continua del Condado de Santa Clara ("CoC"), por parte del Condado de Santa Clara ("County") y Bitfocus, Inc. ("Bitfocus") por medio de una aplicación de software llamada Clarity Human Services ("Clarity"). Los clientes deben dar su consentimiento a la recogida, uso y divulgación de sus datos, lo que facilita que el CoC proporcione servicios de vivienda de calidad, así como servicios a las personas de bajos ingresos o que carecen de hogar.

La información del cliente se recoge en el SCC HMIS y se le hace llegar a los proveedores de vivienda y servicios ("Agencia Asociada" por separado, y las "Agencias Asociadas", de forma colectiva), lo que incluye tanto a las organizaciones comunitarias como a las agencias gubernamentales. Las Agencias Asociadas utilizan la información de SCC HMIS: para mejorar la calidad de la vivienda y de los servicios; para identificar patrones y hacer un seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo; para evaluar las necesidades y priorizar los servicios que se prestan a ciertos sectores de la población sin hogar o con pocos ingresos; para mejorar la coordinación entre las agencias; y para hacer un seguimiento y emitir informes sobre el desarrollo, impacto y calidad de la vivienda y los servicios.

La información del cliente se protege limitando los derechos de acceso a la base de datos y limitando el número de personas a las que se les puede dar información confidencial en cumplimiento con la normativa federal, estatal y local que rigen la confidencialidad de los expedientes del cliente. Cada persona o agencia con derechos de acceso a SCC HMIS, o aquellos a los que se divulgue la información del cliente, deben firmar un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información del cliente. En caso de incumplimiento del acuerdo, los derechos de acceso serán retirados, y la persona o agencia incumplidora puede ser objeto de más sanciones.

ACUERDO PARA DAR CUMPLIMIENTO UTILIZANDO FIRMA ELECTRÓNICA: Entiendo y pretendo que mi firma electrónica y mis iniciales electrónicas en este formulario tengan la misma vigencia y efecto legal que si estuvieran firmadas o con iniciales mediante una firma original en tinta. Declaro, garantizo y acepto que mi firma e iniciales, ya sea en tinta electrónica u original, darán lugar a un consentimiento y acuerdo válidos, vinculantes y plenamente en vigor.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:

- **Autorizo al Condado, Bitfocus, al CoC, a las Agencias Asociadas, y a sus agentes autorizados y representantes a recoger, utilizar, y compartir información básica sobre mí.** Entiendo que las Agencias Asociadas pueden cambiar con el tiempo, y que se me ha entregado la lista actual de Agencias Asociadas. También entiendo que puedo solicitar o ver una lista actualizada en cualquier momento en: <http://scc.hmis.cc/partner-agencies.html>. Entiendo que la recogida, utilización y divulgación de esta información tiene el propósito de evaluar mis necesidades de vivienda, asesoramiento, alimentación, ayuda para el pago de recibos, u otros servicios.
- Al poner las iniciales en uno o varios de los espacios de la tabla de abajo, autorizo a que la información o expedientes introducidos en el SCC HMIS puedan incluir los siguientes tipos específicos de Información Personal Protegida (PPI) e Información Sanitaria Protegida (PHI). Si no pongo mis iniciales en uno o más espacios de la tabla de abajo, no estoy autorizando a que se introduzca en el SCC HMIS ese tipo específico de información.

Iniciales del cliente	Tipo de PPI/PHI
	<input type="checkbox"/> Información de identificación (incluye: nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, grupo étnico, número de la seguridad social, número de teléfono, dirección del domicilio, u otra información similar)
	<input type="checkbox"/> Mi fotografía o similar
	<input type="checkbox"/> Información médica incluida en mis respuestas a las preguntas que forman parte del cuestionario de admisión del HMIS y el de identificación como paciente del Sistema Sanitario y Hospitalario del Valle de Santa Clara
	<input type="checkbox"/> Información relacionada con el HIV/AIDS incluida en mis respuestas a las preguntas pertenecientes al cuestionario de admisión del HMIS
	<input type="checkbox"/> Información sobre salud mental incluida en mis respuestas a las preguntas pertenecientes al cuestionario del HMIS y al de identificación como cliente que recibe servicios de salud mental del Departamento de Salud Conductual del Condado
	<input type="checkbox"/> Información sobre el tratamiento del abuso de sustancias incluida en mis respuestas a las preguntas del cuestionario de admisión del HMIS y de identificación como cliente que recibe tratamiento contra el abuso de sustancias o de alcohol del Departamento de Servicios de Salud Conductual

	<input type="checkbox"/> Información financiera y de ayudas (incluye: situación laboral, verificación de ingresos, pago de ayudas o prestaciones públicas, asignaciones de cupones de comida, cobertura sanitaria, u otra información similar de tipo financiero o sobre ayudas)
	<input type="checkbox"/> Información sobre vivienda
	<input type="checkbox"/> Información sobre servicios proporcionados por las Agencias Asociadas al HMIS (incluye: fecha, duración, y tipo de servicio; y otra información similar)
	<input type="checkbox"/> Otros (especificar): <hr/> <hr/>

- Autorizo a las Agencias Asociadas y a sus agentes autorizados y representantes a usar la PPI y la PHI que se halla en el SCC HMIS para que me prioricen y me deriven hacia vivienda y servicios. Además, autorizo a las Agencias Asociadas y a sus agentes autorizados y representantes para que se pongan en contacto con otras Agencias Asociadas y sus agentes autorizados y representantes sobre mi caso, con el objeto de coordinar la priorización y evaluación y para determinar mi idoneidad para vivienda y servicios.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- **Este consentimiento expirará en [introducir fecha]_____.** Este consentimiento carece de validez si no se incluye una fecha de expiración.
- El uso de mi imagen en una fotografía será visible para todas las Agencias Asociadas y sus agentes autorizados y representantes. La fotografía puede ser recortada o editada según sea necesario.
- Las Agencias Asociadas y sus agentes autorizados y representantes han firmado acuerdos individualmente para mantener la seguridad y confidencialidad de mi información. Tengo derecho a revisar todas las políticas de confidencialidad aplicables y los acuerdos que se han firmado.
- **Entiendo que puedo negarme a firmar este consentimiento.** Mi negativa no afectará a mi idoneidad para ayudas o servicios, o a mis posibilidades de obtener tratamiento o pagos. Además, consentir en que se divulgue mi información no garantiza que recibiré servicios, y mi negativa a consentirlo no me inhabilita para recibirlos. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la siguiente dirección. Este consentimiento puede ser revocado verbalmente para los historiales relacionados con el alcohol/drogas o tratamiento psiquiátrico.

Bitfocus, Inc. ATTN: SCC HMIS
5940 S. Rainbow Blvd., Ste 400 #60866
Las Vegas, NV 89118-2507

- Si revoco este consentimiento, la revocación tendrá efecto al recibo de la misma, excepto en el caso de que otros hayan actuado según lo recogido en este consentimiento.
- Mi PPI y PHI están protegidas por las normativas federal, estatal, y local que rigen en materia de confidencialidad en los expedientes de clientes. Mi información no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito, excepto en el caso de que la normativa recoja algo distinto.
- Los auditores y patrocinadores con derecho legal a revisar o supervisar la labor de una o más Agencias Asociadas, incluyendo el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EEUU, pueden ver mi PPI en el desarrollo habitual de su trabajo.
- Bitfocus actúa como administrador del sistema para SCC HMIS y como proveedor de software en el caso de Clarity. Hasta el punto de que los agentes autorizados y representantes de Bitfocus que trabajan en SCC HMIS, pueden ver mi información en el desarrollo habitual de su trabajo.
- Las Agencias Asociadas y sus agentes autorizados y representantes que usan SCC HMIS para investigar y escribir informes han firmado acuerdos para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información del cliente.
- Entiendo que los historiales médicos sobre HIV/AIDS, salud mental, drogas y alcohol están protegidos por varias normativas federales y estatales, incluyendo la Sección 5328 del Código Institucional y de Bienestar de California, la Sección 56.10 del Código Civil de California, Ley de Confidencialidad de la Información Médica (CMIA), el código 45 de la normativa federal, partes 160 y 164 de la Ley sobre Portabilidad y Contabilidad de los Seguros Médicos (“HIPAA”), y la normativa federal que rige la Confidencialidad de los historiales de Pacientes por Abuso de Drogas, código 42 federal, parte 2, y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito, a menos que así lo permita la ley.
- Autorizo expresamente a que mi información revelada en cumplimiento de este consentimiento, sea revelada nuevamente por los destinatarios mencionados arriba con el objetivo de evaluar mis necesidades de vivienda, asesoramiento, alimentación, ayuda con el pago de recibos, u otros servicios como parte de la labor de CoC y HMIS .

[Firmas en la siguiente página]

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____AM/PM

Firma del paciente/cliente o representante:

Si firma una persona distinta del paciente/cliente, indicar la relación:

Imprimir nombre:

LO SIGUIENTE SE REQUIERE SOLO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE LOS CLIENTES QUE RECIBEN SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SANITARIOS CONDUCTUALES DEL CONDADO, O COMO RESUME LA SECCIÓN 5328 DEL CÓDIGO DE BIENESTAR E INSTITUCIONES DE CALIFORNIA:

- Autorizo la divulgación de la información solicitada.
- No autorizo a la divulgación de la información solicitada.

Firma del personal Autorizado de salud mental:

Nombre/Título:
