

**Continuidad de la atención médica (CoC) de la ciudad de Watsonville, condado de Santa Cruz**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DEL  
 CONSUMIDOR DE HMIS**

Esta Organización participa en la CoC de la Asociación vivienda para la salud [Housing for Health Partnership] (ciudad de Watsonville, condado de Santa Cruz) del Sistema de información para la gestión de las personas sin hogar (HMIS de la CoC de Watsonville/Santa Cruz).

El HMIS de la CoC de Watsonville/Santa Cruz se utiliza para recopilar información básica sobre los consumidores que reciben servicios de esta y otras Organizaciones. Esto ayuda a lo siguiente: 1) Que las organizaciones locales obtengan un recuento más exacto de las personas y familias sin hogar o en riesgo de estarlo; 2) identificar la necesidad de diferentes servicios y recursos de vivienda en la comunidad; 3) conectar a las personas y familias sin hogar o en riesgo de estarlo con los servicios y recursos de vivienda que necesiten; y 4) asegurar la financiación de los organismos que solicitan estos datos como requisito de financiación.

La Coc y las Organizaciones participantes recopilan únicamente la información que se considere adecuada y necesaria. La recopilación y el uso de toda la información personal se rigen por estrictas normas de privacidad y seguridad. Todas las personas y organismos autorizados a leer o ingresar información a la base de datos del HMIS han firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de cada consumidor.

La Información Personal Protegida (IPP) y otra información general recopilada puede incluir, entre otros, los siguientes datos:

Nombre	Fechas de inicio y finalización del programa	Violencia doméstica
Fecha de nacimiento	Historial de vivienda	Historial legal
Número del seguro social	Estado de empleo	Abuso de sustancias*
Sexo	Composición familiar	Salud mental*
Grupo étnico y raza	Estado de veterano	Foto (si corresponde)
Código postal de la última Dirección permanente	Historial médico y afecciones*	

Al firmar este Formulario de autorización, entiendo lo siguiente:

- Este consentimiento será válido durante 3 años a partir de la fecha que se indica a continuación.
- Mi Información Personal Protegida (IPP) está protegida por las leyes federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad. \*Mi información, especialmente mi historial médico, de salud mental y de abuso de sustancias, no puede divulgarse fuera de la red de proveedores de HMIS sin mi consentimiento adicional por escrito, a menos que la normativa permita lo contrario.
- Puedo firmar este formulario de consentimiento, pero tengo derecho a aceptar que solo se comparta cierta información o información específica si así lo solicito.
- Puedo recibir servicios aunque no firme este formulario de consentimiento. Los proveedores no pueden negarse a prestarme servicios en función de mi negativa a firmar este formulario, la que tampoco afectará mi elegibilidad para recibir prestaciones u otras ayudas.
- Si así lo solicito, puedo recibir una copia de este formulario de consentimiento y de la política de privacidad de la CoC.
- Tengo derecho a revisar y recibir una copia de mi expediente HMIS, a corregir mi expediente o a presentar una declaración de desacuerdo en cualquier momento.

Puedo revocar (retirar) este Consentimiento en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito o utilizando el Formulario de revocación. Tras la revocación, la CoC eliminará mi IPP de la base de datos del HMIS, pero la información y los datos obtenidos previamente no pueden eliminarse en su totalidad.

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR DE HMIS

Tengo derecho a presentar una queja contra cualquier organización, haya firmado o no este consentimiento, si considero que se han vulnerado mis derechos a la intimidad. El Formulario de reclamación debe ponerse a mi disposición o facilitárseme si así lo solicito.

Esta Organización puede usar o divulgar información sin permiso del HMIS de la CoC de Watsonville/Santa Cruz en las siguientes circunstancias:

- Para proporcionar o coordinar servicios y recursos de vivienda para una persona o familias
- Para funciones relacionadas con el pago o reembolso de servicios o recursos de vivienda
- Para llevar a cabo funciones administrativas
- Cuando lo exija la ley, incluida una orden judicial
- Con fines de investigación y/o evaluación
- Para crear datos no identificados (anónimos)

Tenga en cuenta que las políticas y leyes del HMIS pueden cambiar con el paso del tiempo y afectar el uso de los datos con carácter retroactivo.

**Continuidad de la atención médica (CoC) de la ciudad de Watsonville, condado de Santa Cruz**

### **FIRMA Y ACUSE DE RECIBO DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR DE HMIS**

***Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo a las organizaciones participantes en el HMIS y a sus representantes a compartir Información Personal Protegida sobre mí y/o los miembros de mi familia con el fin de evaluar mis/nuestras necesidades de vivienda, servicios públicos, asistencia, alimentos, asesoramiento y/u otros servicios de apoyo. He leído (o me han leído) este Formulario de autorización del consumidor, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a mis preguntas, y consiento voluntariamente a que mi información (y la de cualquier niño) se ingrese a la base de datos de HMIS.***

Reconozco que he recibido una copia del Formulario de autorización del consumidor del HMIS por parte de la CoC de la Asociación vivienda para la salud.

O

\_\_\_\_\_  
Nombre del consumidor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal

\_\_\_\_\_  
Firma del consumidor

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el consumidor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**NO SE PUEDE OBTENER EL CONSENTIMIENTO/EL CONSUMIDOR SE NIEGA A DAR SU CONSENTIMIENTO**

**Para uso exclusivo del programa**

1. He intentado obtener la autorización por escrito del Formulario de autorización para compartir información del consumidor, pero no se ha podido obtener el acuse de recibo por lo siguiente:
  - Una emergencia nos impidió obtener la autorización
  - Una barrera comunicacional nos impidió obtener la autorización
  - La persona no estaba dispuesta a firmar
  - La interacción se realizó por teléfono o a distancia y se obtuvo una autorización verbal; la autorización por escrito se obtendrá lo antes posible.
  - Otro:
2. El consumidor solicitó las siguientes restricciones para compartir datos:  
*Marque una o más de las siguientes restricciones solicitadas:*
  - Datos no identificados o anónimos
  - Respuestas limitadas a algunas preguntas

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del miembro del personal      Firma del miembro del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota para el personal:** Por instancias cuando el consumidor solicita limitaciones a sus datos, asegúrese de que se haya cargado una copia firmada de este formulario en HMIS **antes de** ingresar la información del consumidor en HMIS. Cuando el cliente no da su consentimiento de compartir cualquier información en HMIS y no se crea ningún perfil, guarde el documento físico firmado en un lugar seguro.