

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