

## **Sistema para el manejo de información sobre personas sin hogar (HMIS)**

### **Consentimiento informado y autorización para la divulgación de información**

---

Yo, (nombre en letra de imprenta del participante) \_\_\_\_\_, entiendo que (proveedor del servicio) \_\_\_\_\_ recolecta información sobre mí o mis dependientes mencionados a continuación para ingresarla en el sistema de base de datos llamado "sistema para el manejo de información sobre personas sin hogar" (HMIS). Esta base de datos nos ayudará a entender mejor la falta de hogar para mejorar la entrega de servicios a las personas sin hogar y para evaluar la efectividad de los servicios proporcionados a las personas sin hogar. Aunque la participación en la recolección de datos y en su divulgación sea opcional, esta es un componente fundamental en la habilidad de nuestra comunidad para proporcionar servicios y vivienda lo más eficientemente posible. La información que se recolecta para la base de datos del HMIS se encuentra protegida a través del acceso limitado a la base de datos y de limitar con quien se pueden compartir la información, en conformidad con los estándares establecidos por las normas gubernamentales federales, estatales y locales sobre la confidencialidad de los expedientes de los clientes. Cada persona y agencia que reciba autorización para leer o ingresar información en la base de datos ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información.

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:**

**La información reunida y preparada por esta agencia se incluirá en una base de datos de HMIS para las agencias participantes de Continuidad de Atención Comunitaria de Oregón (OCCC) (*lista disponible*), y solamente para las agencias participantes que hayan hecho parte de un acuerdo de participación de la agencia en HMIS y se deberá emplear para:**

- a. Crear un perfil del cliente en un proceso de registro que se compartirá con las agencias colaboradoras
- b. Producir informes anónimos y con categorías agregadas sobre el uso de los servicios
- c. Rastrear los resultados individuales en las categorías del programa
- d. Identificar servicios y necesidades que no se han proporcionado y planear la provisión de nuevos servicios
- e. Distribuir recursos entre las agencias comprometidas en la provisión de los servicios

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:**

Yo autorizo a las agencias participantes y a sus representantes para que compartan la información básica sobre los miembros de mi familia mencionados a continuación y sobre mí. Entiendo que esta información tiene el propósito de evaluar mis/nuestras necesidades de vivienda, asistencia en servicios públicos para viviendas, consejería sobre vivienda u otros servicios.

**LA INFORMACIÓN PUEDE CONSTAR DE LO SIGUIENTE PPI (INFORMACIÓN PERSONAL PROTEGIDA):**

• Nombre	• Historial de falta de vivienda
• Fecha de nacimiento	• Composición familiar
• Número de seguro social	• Estatus de empleo
• Género	• Estatus de veterano
• Etnicidad y raza	• Condición por discapacidad
• Ingresos e información de beneficios que no son en efectivo	• Violencia doméstica
• Información de vivienda	

**ENTIENDO QUE:**

- La información que yo proporcione en cuanto a problemas de salud física o mental no se compartirá con otras agencias participantes que no hayan completado un acuerdo de participación de la agencia en HMIS.
- Las agencias participantes han firmado acuerdos para manejar mi información de una manera profesional y confidencial. Tengo el derecho a ver las políticas de confidencialidad de los clientes que las agencias participantes en el HMIS emplean.
- Los miembros del personal de las agencias participantes que vean mi información han firmado acuerdos para mantener la confidencialidad en cuanto a mi información.
- Entiendo que la participación en la recolección de datos es opcional y que yo puedo elegir no participar sin que se me impida recibir asistencia.

**Sistema para el manejo de información sobre personas sin hogar (HMIS)**  
**Consentimiento informado y autorización para la divulgación de información**

- La divulgación de mi información no garantiza que yo recibiré asistencia y, de nuevo, mi negativa para autorizar el uso de mi información no me inhabilita para recibir asistencia.
- Entiendo que yo puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.
- Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo revoque mi consentimiento por escrito y puedo revocar la autorización al firmar la Solicitud de visibilidad limitada (*Limited Visibility Request*), no obstante, tal cancelación no será retroactiva.
- Si revoco mi autorización, toda la información sobre en la base de datos se volverá invisible para todas las agencias participantes.
- Las normas federales, estatales y locales que gobiernan la confidencialidad de los expedientes de los clientes protegen mis expedientes y estos no pueden divulgarse sin un consentimiento por escrito a menos que en caso contrario lo dictaminen tales normas.
- Auditores o financiadores tienen derechos legales para revisar el trabajo de esta agencia, entre estos, el Departamento de Vivienda y de Desarrollo Urbano de los Estados Unidos puede acceder a mi información.
- Entiendo que mi información personal no se publicará y solamente se empleará con estricta confidencialidad.
- Esta divulgación tiene validez por siete (7) años a partir de la fecha de mi firma a continuación.

**Agencias participantes:** Antes de firmar este formulario, se puede acceder a una lista de las agencias participantes en el Sistema de Continuidad de Atención Comunitaria de Oregón (OCCC). Se puede ver más información sobre la OCCC en la página web: [\(\*oregonbos.org\*\)](http://oregonbos.org)

Escriba en la lista los menores de 18 años dependientes en su hogar, si los hay (nombres y apellidos):

1.

3.

5.

2.

4.

6.

Escriba la letra inicial de su nombre en una de las siguientes categorías de consentimiento:

Yo entiendo que la información personal protegida y otra información relevante se ingresará en el HMIS y se compartirá entre las agencias participantes.

Yo entiendo que puedo elegir limitar la información personal protegida para solamente el uso de la agencia proveedora de servicios que se menciona en este documento.

---

Firma del/de la participante

Fecha

---

Nombre del personal de la agencia (letra de imprenta)

---

Firma de la agencia de personal

Fecha