

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 recolecte 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 Oregon (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

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

1.	2.
3.	4.
5.	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