

## **Condado de Stanislaus HMIS**

### **Consentimiento Informado del Cliente y Divulgación de Información**

El Sistema de información de administración de personas sin hogar del Condado de Stanislaus (HMIS) es una base de datos y una aplicación que colecta, utiliza y comparte de manera confidencial información a nivel de cliente relacionada con la falta de vivienda en el condado de Stanislaus. En nombre del Turlock / Modesto / Stanislaus County Continuum of Care ("CoC"), HMIS es administrado por Stanislaus County Community Services Agency y el Proveedor de HMIS de Stanislaus, Eccovia Solutions / ClientTrack. Los clientes deben consentir la colección, uso y divulgación de su información, que ayuda a los proveedores de servicios para personas sin hogar del CoC a proporcionar viviendas y servicios de calidad a personas sin hogar y de bajos ingresos.

La información del cliente se colecta en HMIS y se entrega a proveedores de servicios de vivienda y personas sin hogar (cada una "Agencia Asociada" y colectivamente, las "Agencias Asociadas"), que incluye organizaciones comunitarias, organizaciones sin fines de lucro y agencias gubernamentales. Las agencias asociadas utilizan la información en HMIS: para mejorar la calidad de la vivienda y los servicios; para identificar patrones y monitorear tendencias a lo largo del tiempo; para realizar evaluaciones de necesidades y priorizar servicios para ciertas subpoblaciones de personas sin hogar y de bajos ingresos; para mejorar la coordinación interinstitucional; y para monitorear e informar sobre la entrega, el impacto y la calidad de la vivienda y los servicios.

La información del cliente está protegida al limitar los derechos de acceso a la base de datos y al limitar a las partes a quienes se puede divulgar la información confidencial, de conformidad con las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros del cliente. Cada persona o agencia con derechos de acceso a HMIS, o para quien se divulga la información del cliente, debe firmar un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información del cliente. Ante cualquier violación del acuerdo, los derechos de acceso pueden ser rescindidos, y la persona o agencia que viola el acuerdo puede estar sujeta a sanciones adicionales.

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

- Autorizo a Stanislaus County Community Services Agency, Eccovia Solutions / ClientTrack, el CoC, las agencias asociadas y sus agentes y representantes autorizados para colectar, usar y compartir información básica sobre mí. Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y que se me ha proporcionado una lista actualizada de agencias asociadas. También entiendo que puedo solicitar que me envíen una copia de este formulario. Este formulario no puede ser enmendado o modificado excepto con la aprobación del Stanislaus CoC. Entiendo que puedo ver una lista actualizada de agencias asociadas en cualquier momento o ver la lista en: [http://www.csa-stanislaus.com/hmis/#\\_participating\\_agencies](http://www.csa-stanislaus.com/hmis/#_participating_agencies)
- Entiendo que la colección, el uso y la divulgación de esta información tienen el propósito de evaluar mis necesidades de vivienda, asesoramiento, alimentos, asistencia de servicios públicos u otros servicios.

- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante solicitud por escrito, pero la cancelación no será retroactiva (no se eliminarán registros del sistema de la base de datos HMIS y permanecerá accesible para el número limitado de organizaciones que le proporcionaron servicios directos).
- Entiendo que tengo derecho a ver mi registro HMIS y tendré un informe preparado dentro de los 10 días hábiles a partir de mi solicitud por escrito.
- Entiendo que si rechazo el consentimiento para compartir esta información, no se me pueden negar los servicios a menos que me inscriban en un programa SSVF.
- Esta versión vence 18 meses después de la fecha firmada a continuación.

**AL INICIAR LA CAJA A CONTINUACIÓN, AUTORIZO ADEMÁS** la siguiente información se ingresará en el HMIS del condado de Stanislaus y se compartirá entre las agencias asociadas:

Información de identificación: nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, género, etnia y raza, estado civil y familiar, relaciones familiares, números de teléfono y dirección u otra información de identificación similar. Si no inicializo el cuadro a continuación, no doy mi consentimiento para que esta información se ingrese en el HMIS del Condado de Stanislaus.

<b>Client Initial</b>	
-----------------------	--

**AL INICIAR LA CAJA A CONTINUACIÓN, AUTORIZO ADEMÁS** la siguiente información adicional que se ingresará en el HMIS del condado de Stanislaus y se compartirá entre las agencias asociadas para priorizar mejor mis necesidades y mejorar los servicios sociales y de vivienda que se me proporcionan. Al inicializar los espacios en las dos tablas a continuación, autorizo que la información o los registros ingresados en el HMIS del condado de Stanislaus y compartidos con las agencias asociadas puedan incluir los siguientes tipos específicos de información personal protegida (PPI) e información de salud protegida (PHI). Si no inicializo los cuadros a continuación, no autorizo que se comparta el tipo específico de información con las agencias asociadas.

- **PHI**
  - Información médica incluida en mis respuestas a las preguntas formuladas como parte de la ingesta estándar de HMIS.
  - Información relacionada con el VIH / SIDA incluida en mis respuestas a las preguntas formuladas como parte de la ingesta estándar de HMIS.
  - Información de salud mental incluida en mis respuestas a las preguntas formuladas como parte de la admisión e identificación estándar de HMIS como cliente que recibe servicios de salud mental de los Servicios de recuperación y salud conductual u otra agencia asociada

- La información sobre el tratamiento del abuso de sustancias incluida en mis respuestas a las preguntas formuladas como parte de la admisión e identificación estándar de HMIS como un cliente que recibe abuso de sustancias o tratamiento contra el alcohol de los Servicios de recuperación y salud conductual u otra agencia asociada.

<b>Client Initial</b>	
-----------------------	--

- **Información adicional para mejorar la prestación del servicio:**

- Mi fotografía o otro parecido
- Información financiera y de beneficios (incluye: estado de empleo, verificación de ingresos, pagos o asignaciones de asistencia pública, asignaciones de cupones de alimentos, cobertura de atención médica o otra información financiera o de beneficios similares).
- Información de vivienda, incluyendo historia y asuntos relacionados con vivienda.
- Información sobre los servicios proporcionados por las agencias asociadas de HMIS (incluyendo: fecha, duración y tipo de servicio; y otra información de servicio similar)
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

<b>Client Initial</b>	
-----------------------	--

**ENTIENDO QUE:**

- Mi PPI y PHI están protegidos por las regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Mi información no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que las reglamentaciones dispongan lo contrario.
- Los auditores o financiadores que tienen derechos legales para monitorear o revisar el trabajo de una o más agencias asociadas, incluido el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de EE. UU., Pueden ver mi PII y PHI en el curso normal de su trabajo.
- Eccovia Solutions / ClientTrack sirve como el vendedor de sistema para HMIS del Condado de Stanislaus.
- En la medida en que los agentes y representantes autorizados de Eccovia Solutions / ClientTrack realicen trabajos en HMIS, pueden ver mi información en el curso normal de su trabajo.
- Las agencias asociadas y sus agentes y representantes autorizados que usan HMIS para investigar y escribir informes han firmado acuerdos para mantener la seguridad y confidencialidad de la información del cliente.

- El uso de mi imagen en una fotografía será visible para las agencias asociadas y sus agentes y representantes autorizados. La fotografía se puede recortar o editar según sea necesario.
- Entiendo que los registros médicos, de VIH / SIDA, de salud mental y de drogas y alcohol están protegidos por diversas regulaciones federales y estatales, incluida la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, la Ley de Confidencialidad de Información Médica, la Sección 56.10 del Código Civil de California (CMIA) , la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud, 45 CFR, partes 160 y 164 ("HIPAA"), y las Regulaciones Federales que gobiernan la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de drogas, 42 CFR, Parte 2, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se indique lo contrario permitido por la ley.
- Autorizo expresamente que mi información divulgada de conformidad con este Consentimiento sea divulgada adicionalmente por los destinatarios mencionados anteriormente con el propósito de evaluar mis necesidades de vivienda, asesoramiento, alimentos, asistencia de servicios públicos u otros servicios como parte del trabajo del CoC y HMIS .

**FIRMA:**

Dia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_ AM/PM

Firma del Paciente / Cliente o Representante:

---

Si lo firma una persona que no sea el paciente / cliente, indique la relación:

---

Nombre:

---

**Nombre de niño(s) cubiertos por este divulgación de información:**
