

Formulario completo de Consentimiento para  
la Divulgación de Información  
Sistema de información de manejo de personas sin hogar  
'Continuum of Care' de Santa María/Santa Bárbara

DESCRIPCION GENERAL

HMIS es una base de datos que selecciona información sobre personas que necesitan hogar, alojamiento y servicios relacionados. Esta información puede incluir su nombre, su ubicación, su historial médico y otros detalles personales. Los proveedores de servicio para personas sin hogar recopilan esta información para ayudarnos a determinar para cuáles servicios es usted elegible, y para que podamos contactarlo e informarle sobre las oportunidades de vivienda.

Las únicas personas a las que se les permitirá ver sus datos son el personal capacitado por los proveedores de servicios de HMIS que han aceptado mantener su confidencialidad. Su información no será compartida con la policía sin una orden judicial o sin su consentimiento. Su información puede ser compartida con trabajadores sociales, trabajadores sociales de alcance al cliente, terapeutas y programas de vivienda del condado de Santa Bárbara. Usted tiene derecho a negarse a compartir sus datos con estos trabajadores sociales y estos programas, pero sin su información, puede ser que no podamos indicarle los programas para los que usted es elegible, por lo que usted puede perder algunas oportunidades para obtener un hogar.

¿QUÉ TIPO DE INFORMACION SE SOLICITA?

HMIS solicita información suya que puede ayudarnos a determinar los servicios para los que es elegible y de cómo podemos contactarlo para informarle sobre posibles oportunidades de vivienda. Esto puede incluir su nombre, su ubicación, si viaja con mascotas o familiares, información sobre su salud e ingresos, y una breve historia de los lugares en los que ha estado viviendo durante los últimos años y los servicios que ha solicitado.

Algunos de los datos que se pueden solicitar sobre usted incluyen:

- Nombre
- Sexo
- Fecha de salida del programa
- Si es discapacitado
- Si es un veterano
- Historial legal
- Ingresos y otros bienes
- Uso de alcohol y drogas
- Información sobre seguro médico
- Número de seguro social
- Fecha de entrada al programa
- Fecha de nacimiento
- Etnia y raza
- Lugar de residencia antes de entrar al proyecto
- Composición familiar
- Historial de empleo
- Historial de vivir sin hogar
- Diagnóstico de HIV / SIDA
- Historial de violencia doméstica
- Historial de salud mental

De conformidad con el CFR 42 parte 2, esto podría incluir documentación de si usted visitó una instalación que proporcione tratamiento por el abuso de sustancias. La información coleccionada también podría incluir descripciones de los trabajadores de los casos de por qué dejó el programa o alguna situación de vivienda que podría incluir referencias a pruebas de drogas o actividades criminales relacionadas con las drogas. Estas descripciones serían parte de las notas de su caso, y normalmente no se compartirían fuera de su programa de vivienda actual o fuera de una conferencia para su caso estipulada para encontrarle la mejor oportunidad de vivienda disponible para sus necesidades actuales.

La información sobre la violencia doméstica no se compartirá en HMIS, pero se puede coleccionar por separado y almacenar en una base de datos paralela con precauciones especiales diseñadas para proteger a los sobrevivientes de la violencia doméstica.

La información sobre su estado de salud mental y su tratamiento, incluyendo las notas de psicoterapia, puede ser almacenada en HMIS y accedida por su terapeuta en turno, pero las notas detalladas de su caso no se compartirán con ningún proveedor fuera de su actual programa.

Su estado de VIH / SIDA auto informado puede almacenarse en HMIS y usarse para determinar su elegibilidad para HOPWA u otros programas destinados a

ayudar a las personas VIH-positivas pero, los resultados de las pruebas específicas no serán compartidos con proveedores fuera de su programa existente.

La información coleccionada como parte de una evaluación de vulnerabilidad como el VI-SPDAT o la FAT puede ser almacenada en HMIS. Parte de la información almacenada en HMIS también puede incluir comentarios y observaciones sobre usted que fueron hechos por otras personas, como notas de casos escritas por su trabajador social.

### ¿QUIÉN VERÁ LOS DATOS?

Las únicas personas a las que se les permite acceder directamente a sus datos son usuarios finales autorizados de HMIS en agencias asociadas con HMIS.

En el condado de Santa Bárbara, las agencias asociadas han sido aprobadas por el líder de HMIS (la agencia responsable de la administración de HMIS) y proporcionan servicios de vivienda y / o apoyo a las personas sin hogar en el condado de Santa Bárbara. Las Agencias Socias y los Usuarios Finales han firmado un Memorando de Entendimiento y Acuerdo de Usuario Final, respectivamente, con la promesa de mantener su información confidencial, han sido entrenados en un conjunto completo de procedimientos de seguridad de datos, y están sujetos a auditorías de seguridad. Las agencias asociadas solo pueden usar su información para beneficiarlo y ayudarlo a encontrar vivienda y otros servicios. A continuación se muestra una lista de todas las agencias asociadas de HMIS con usuarios finales de HMIS con licencia en el momento en que este formulario fue redactado:

Central Coast Collaborative on Homelessness	Sanctuary Psychiatric Centers of Santa Barbara
Channel Islands YMCA	Santa Barbara Community Housing Corporation
Crescend Health/Phoenix of Santa Barbara	Santa Barbara County Dept. of Behavioral Wellness
Good Samaritan Shelter	Santa Ynez Valley People Helping People
Housing Authority for the City of Santa Barbara	Sarah House Santa Barbara
Housing Authority for the County of Santa Barbara	The Salvation Army
Mental Wellness Center	Transition House
New Beginnings Counseling Center	United Way of Northern Santa Barbara County
PATH Santa Barbara	WillBridge of Santa Barbara
Path Point	

A continuación hay una lista de agencias que pueden ser invitadas a convertirse en agencias asociadas de HMIS para el final de Diciembre de 2018:

211	Domestic Violence Solutions for Santa Barbara
AmeriCorps	Dignity Health
B'nai B'rith	Food Bank of Santa Barbara County
Calvary Chapel	Legal Aid Foundation of Santa Barbara County
Catholic Church of the Beatitudes	Lompoc Valley Medical Center
CenCal Health	Noah's Anchorage
Channel Islands YMCA	Organic Soup Kitchen
City of Goleta	Pacific Behavioral Health Care
City of Lompoc	Santa Barbara Neighborhood Clinics
City of Santa Barbara	Santa Barbara Rescue Mission
City of Santa Maria	The Salvation Army
Cottage Health	Veteran's Administration
County of Santa Barbara Public Health Department	

Esta lista no es exhaustiva y se actualizará anualmente. Cualquier agencia asociada puede proporcionarle una copia actualizada de la lista. **Al firmar este formulario, usted acepta compartir su información con todas las agencias asociadas y con cualquier otra agencia enumerada arriba y que se haya convertido en agencia asociada.**

Solo los usuarios finales con licencia de las agencias asociadas de HMIS pueden divulgar su información. Sus datos pueden ser discutidos oralmente por los compañeros de trabajo de usuarios finales con licencia cuando sea necesario para llevar a cabo una tarea relacionada con el trabajo, por ejemplo, para ayudarlo a solicitar beneficios del gobierno. Estos compañeros de trabajo no están autorizados para acceder, imprimir, editar o compartir sus datos.

Sus datos pueden ser compartidos con su médico o terapeuta actual para ayudar a proporcionar la atención médica y mental adecuada para su salud. En caso de una emergencia grave de salud pública, sus datos también pueden ser compartidos con funcionarios de salud pública para ayudar a dirigir y administrar una cuarentena. Esta información puede ser revelada al funcionario de salud pública o médico o terapeuta actual por parte de cualquier usuario final del sistema de cuidado de personas sin hogar del HMIS de Santa María / Santa Bárbara.

Su información **no** será compartida con fiscales, la policía, los cobradores de deudas o un propietario privado buscando el desalojo, a menos que esa parte tenga una orden legal o una orden similar de un tribunal.

Para que el Condado pueda comprender mejor las necesidades de sus residentes y cumplir con los requisitos federales de obligaciones de manejo de información, sus datos pueden formar parte de un resumen estadístico anónimo, pero **no** utilizaremos su nombre o información de identificación como parte de esta investigación.

### ¿QUÉ PASA SI NO QUIERO COMPARTIR MIS DATOS?

Usted no está obligado a compartir su información. Si elige no compartir tus datos, seguiremos haciendo nuestro mejor esfuerzo para ayudarlo a acceder a un refugio y los servicios necesarios. Sin embargo, sin su información, podemos no estar capacitados para indicarle para cuales programas es usted elegible. Recopilar datos también nos ayuda a medir los resultados que nuestros servicios le ayudan a alcanzar, como vivienda estable y mayores ingresos, por lo que podemos identificar y financiar los mejores programas disponibles para ayudar mejor a las personas sin hogar.

Intentaremos comunicarnos con usted por lo menos una vez al año para confirmar que tenemos su consentimiento para compartir su información. Si no tenemos contacto con usted durante tres años, bloquearemos el acceso a toda su información, excepto su nombre, fecha de nacimiento, foto o descripción física, ID del cliente, información de contacto, y / o último paradero conocido. Esta información limitada puede usarse para que continuemos intentando ponernos en contacto con usted o para asegurarnos de que no creemos accidentalmente un registro duplicado para usted si vuelve a ingresar a la base de datos en una fecha posterior.

Si decide en algún momento que ya no desea compartir datos, puede ponerse en contacto, con el dirigente actual del HMIS por escrito o por correo electrónico, y todos los demás accesos a los datos que especifique serán bloqueados. A partir de octubre de 2017, el dirigente del HMIS es el Departamento de Servicios Comunitarios del Condado de Santa Bárbara, que se puede contactar por correo en el 123 East Anapamu St., 2nd Floor, Santa Bárbara, CA, 93101 o por correo electrónico en [rycooksey@sbccsd.org](mailto:rycooksey@sbccsd.org).

Si hay personas, agencias u organizaciones específicas con las que no quiere compartir su información, puede ponerse en contacto con el dirigente actual de HMIS por escrito o por correo electrónico e indicar los nombres de esas personas, agencias u organizaciones en este formulario y todo el acceso adicional a sus datos para ellos será bloqueado.

Usted tiene derecho a recibir una copia de este Formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información cuando la solicite.

Por favor ponga sus iniciales:

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para que mi información personal sea ingresada en la base de datos del HMIS y compartida con sus agencias asociadas para los fines descritos anteriormente. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento entregando una solicitud por escrito al dirigente del HMIS. Entiendo también que esta autorización es válida por tres años a partir de la fecha de la firma o si la cancelo con anterioridad a la fecha de vencimiento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que este es un consentimiento para participar en la base de datos de HMIS. Para compartir más sobre mi información de salud protegida se requerirá de más autorización.

_____ Si desea incluir restricciones sobre el uso de su información, por favor ponga la inicial de su nombre aquí, y luego indique las restricciones a continuación:

**Firme aquí por favor:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente, padre/tutor  
(Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si el cliente ha sido referido para servicios de salud mental involuntarios y el cliente tiene un médico actualmente, psicólogo, trabajador social, terapeuta o persona similar a cargo del mismo paciente, entonces esa persona debe firmar a continuación para indicar su aprobación del plan para compartir los datos del cliente. Si el cliente no se ha comprometido involuntariamente, entonces puede omitir la siguiente sección.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Terapeuta  
(Letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha