

Condado de Santa Cruz
Sistema de Información de Gestión para las Personas Sin Hogar (HMIS)
AUTORIZACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
Y PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

_____ es una agencia asociada en el Sistema de Información de Gestión para las Personas Sin Hogar (HMIS). HMIS es un sistema informático que puede mejorar los programas para las personas sin hogar al permitir la compartición de información entre las agencias asociadas que proporcionan servicios tales como refugio y atención médica y/o servicios de investigación o administrativos de las personas sin hogar. El sistema se basa en Internet y utiliza muchas protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad. Las agencias asociadas actualmente incluyen:

Association of Faith Communities	City of Santa Cruz- River St Camp
Community Action Board of Santa Cruz	Downtown Streets Team
Department of Veterans Affairs	Employment and Benefit Services
Encompass	Homeless Garden Project
Encompass HOPWA - PRIVATE	Homeless Outreach Proactive Engagement (HOPES)
Families In Transition	Housing Choices
Front St	Janus of Santa Cruz
Homeless Persons Health Project	Mental Health Client Action Network
Homeless Services Center	Mountain Community Resources
Pajaro Rescue Mission	Salud Para La Gente
Pajaro Valley Shelter Services	Santa Cruz Community Health Centers
Salvation Army (Watsonville)	Santa Cruz Public Libraries
Santa Cruz County Human Services Department- CHAMP	Whole Person Care Program
Veterans Resource Center	Wings Homeless Advocacy
Adult and Long Term Care	County HSD Youth Coordinated Entry
Adult Protective Services	Bill Wilson Center San Jose
Behavioral Health	The Housing Authority County Santa Cruz

La participación en el programa HMIS es importante para la capacidad de nuestra comunidad para proporcionarle los mejores servicios de vivienda posibles. A medida que reciba los servicios, se recopilará información sobre usted, los servicios que se le brindan y los resultados que estos servicios le ayudarán a lograr. Su nombre y otra información de identificación no se compartirán con ninguna agencia que no participe en el sistema (a menos que así lo exija la ley). La autorización de su información para ingresar al HMIS es totalmente voluntaria. Negarse a hacerlo no limitará su acceso a la obtención de refugio o de los servicios.

Autorizo que se ingrese mi información básica y relevante _____ (**por favor, marcar con inicial**) y se comparta _____ (**por favor, marcar con inicial**) entre las agencias asociadas con el fin de que estas me ayuden a obtener vivienda permanente, empleo, asistencia financiera, servicios vocacionales, asesoramiento y tratamiento de salud médica/mental y con fines de investigación y administrativos. (La información básica incluye la fecha de admisión, el nombre, el género, la fecha de nacimiento, el origen étnico, el estado civil, el número de miembros en el hogar, el estado militar, el idioma primario hablado y los servicios no confidenciales solicitados y recibidos). Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de toda la información compartida entre las agencias asociadas.

Entiendo que la lista actual de agencias asociadas participantes puede cambiar con el tiempo para incluir otras agencias que brindan alojamiento o servicios a la población sin hogar, y doy mi autorización para que mi información se comparta con cualquier nueva agencia asociada. _____ (**por favor, marcar con inicial**)

Entiendo que puedo solicitar una lista actual de todas las agencias asociadas en cualquier momento. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito, pero que la cancelación no será retroactiva. Entiendo que este formulario de autorización es válido por tres años a partir de la fecha que aparece abajo en la cual estampe mi firma.

Nombre en letra de molde del cliente o tutor

Firma del cliente o tutor

Fecha

Nota: Se requiere una autorización por separado conforme a HIPAA para la divulgación de cualquier información de salud del paciente, incluida la información sobre salud mental y sobre drogas y alcohol protegida por cualquier ley de privacidad federal del Estado incluidas, entre otras, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico ("HIPAA"), 45 C.F.R. partes 160 y 164, la Ley de Confidencialidad de Información Médica de California ("CMIA"), las secciones 56-56.16 del Código Civil, la sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones o 42 C.F.R. parte 2.1, et seq.