

LA MAYOR PARTE DE LOS ANGELES Y EL CONDADO DE ORANGE HOMELESS MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM (LA/OC HMIS)

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN PERSONAL PROTEGIDA

El LA/OC HMIS es una base de datos electrónico local que graban información (datos) sobre los clientes que acceden a los servicios de viviendas y hogar dentro de la mayor parte del Condado de Los Ángeles y el Condado de Orange. Esta organización participa en la base de datos HMIS y comparte información con otras organizaciones que utilizan esta base de datos. Esta información se utiliza para proveer servicios de apoyo a usted y miembros de su familia.

¿Qué información se comparte en la base de datos HMIS?

Compartimos Información Personal Protegido (PPI) y la información general obtenida durante su admisión y evaluación, que puede incluir pero no se limita a:

- Su nombre y su información de contacto
- Su número de seguro social
- Su fecha de nacimiento
- La información demográfica básica tales como género y raza/origen étnico
- Su historia de falta de vivienda y vivienda (incluyendo su estado actual de la vivienda, y dónde y cuándo usted ha accedido a los servicios)
- Su historial medico, incluyendo salud mental y abuso de sustancias
- Notas de su caso y de servicios
- Información de contacto de la persona encargada de su caso
- Sus ingresos y cantidad; y beneficios de no dinero en efectivo
- Su estado de veterano
- Su estado de discapacidad
- La composición de su hogar
- Su información de contacto de emergencia
- Antecedentes de violencia doméstica
- Su foto (opcional)

¿Cómo puede beneficiar proporcionando su información?

La información que usted proporcione para la base de datos de HMIS nos ayuda a coordinar los servicios más eficaces para usted y su familia. Al compartir su información, usted podrá evitar ser examinado más de una vez, conseguir más rápidamente los servicios y minimizar ¿cuántas veces usted tiene que explicar su “historia.” La recopilación de esta información también nos da un mejor entendimiento de las personas sin hogar y la eficacia de los servicios en su área local.

¿Quién puede tener acceso a su información?

Las organizaciones que participan en la base de datos de HMIS pueden tener acceso a sus datos. Estas organizaciones puede incluir proveedores de servicios sin hogar, grupos de vivienda, los proveedores de atención sanitaria y otros proveedores de servicios apropiados.

¿Cómo su información personal está protegida?

Su información está protegida por la ley federal de HMIS Normas de Privacidad y está garantizado por la tecnología de cifrado y contraseñas. Además, cada organización participante ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información. En algunos casos, cuando la organización participante es una organización de cuidado de la salud, su información puede ser protegida por las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Al firmar debajo, usted entiende y acepta que:

- Usted tiene derecho a recibir servicios, incluso si usted no firma este formulario de consentimiento.
- Usted tiene el derecho de recibir una copia de este formulario de consentimiento.
- Su consentimiento permite a cualquier organización participante agregar o actualizar su información en la HMIS, sin preguntarle a firmar un formulario de consentimiento
- Este consentimiento es válido por siete (7) años desde la fecha de la PPI cuando se creó o se modificó por última vez.
- Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento, pero su revocación debe ser proporcionada ya sea por escrito o completando el *Formulario de Revocación del Consentimiento*. Tras la recepción de su revocación, eliminaremos su PPI de la base de datos de HMIS compartida y evitar que más PPI sea añadida. El PPI que previamente autorizo para ser compartida no puede ser completamente eliminado de la base de datos de HMIS y permanecerán accesibles al número limitado de la(s) organización(es) que le ha proporcionado los servicios directos.
- El Aviso de Privacidad para LA/OC HMIS contiene información mas detallada acerca de cómo su información puede ser utilizada y divulgada. Una copia de este aviso está disponible bajo petición.
- No mas de cinco (5) días hábiles de su solicitud por escrito, le proporcionaremos:
 - Una corrección de inexactos o incompletes PPI
 - Una copia de su formulario de consentimiento
 - Una lista actualizada de las organizaciones participantes que tienen acceso a sus datos de HMIS.
- Agregados o datos estadísticos que se libera de la base de datos de HMIS no revelará ninguna de la PPI.
- Usted tiene el derecho de presentar una queja en contra de cualquier organización si usted firma o no firma este consentimiento.
- Usted no renuncia a ninguno de los derechos protegidos bajo las leyes federales y/o la ley de California.

FIRMA Y CONFIRMACIÓN

Su firma debajo indica que ha leído (o le han leído) este formulario de consentimiento del cliente, ha recibido respuestas a sus preguntas, y dar libremente su consentimiento para que su información, y de sus hijos menores (si los hubiera), entró en la base de datos de HMIS. Usted también da el consentimiento para compartir su información con otras organizaciones participantes, tal como se describe en este formulario de consentimiento.

Doy mi consentimiento para compartir mi fotografía. (Marque en la caja)

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Los últimos 4 dígitos de la SSN _____

Firma _____ Fecha _____

Cabeza del Hogar (Marque en la caja)

Los hijos menores (si lo hubiera):

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Los últimos 4 dígitos de la SSN _____ Viviendo con usted? (Si/No)

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Los últimos 4 dígitos de la SSN _____ Viviendo con usted? (Si/No)

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Los últimos 4 dígitos de la SSN _____ Viviendo con usted? (Si/No)

Imprimir Nombre del Personal de la Organizacion

Imprimir Nombre de la Organizacion

Firma del Personal de la Oranizacion

Fecha