

Vivienda Primero de Solano HMIS Consentimiento del Cliente para la Recopilación de Datos y Divulgación de la Información

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN
Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.**

El Sistema de Información de Gestión de Personas Sin Hogar (“HMIS por sus siglas en inglés”) de Vivienda Primero de Solano es una base de datos compartida y una aplicación de software que recopila, utiliza y comparte de forma confidencial información a nivel de cliente relacionada con las personas sin hogar en el condado de Solano. En representación de La Continuidad de la Atención de Vivienda Primero de Solano (Housing First Solano Continuum of Care (“CoC”) por sus siglas en inglés), el HMIS es administrado por Community Action Partnership Solano Joint Powers Authority (“CAP Solano JPA”) y Pathways MISI. Los clientes deben dar su consentimiento para la recopilación, el uso y la divulgación de su información, lo que ayuda al CoC a proporcionar viviendas y servicios de calidad.

La información del cliente se recopila en HMIS y se divulga a usuarios con licencia de proveedores autorizados de servicios y viviendas (“Agencia Asociada” y, colectivamente, las “Agencias Asociadas”), que incluyen organizaciones comunitarias y agencias gubernamentales. Las Agencias Asociadas utilizan la información del HMIS: para mejorar la calidad de la vivienda y los servicios; identificar y monitorear tendencias a largo plazo; realizar evaluaciones de necesidades y priorizar servicios para ciertas subpoblaciones sin hogar y de bajos ingresos; mejorar la coordinación interinstitucional; y monitorear e informar sobre la entrega, el impacto y la calidad de la vivienda y los servicios.

La información del cliente está protegida limitando los derechos de acceso a la base de datos y limitando las partes a quienes se puede divulgar información confidencial, de conformidad con las regulaciones federales, estatales y locales

que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Cada persona o agencia con derechos de acceso a HMIS, o a quien se divulga 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 rescindirse y la persona o agencia que infrinja el acuerdo puede estar sujeta a sanciones adicionales.

Si los clientes huyen actualmente de violencia doméstica, tienen derecho a acceder a recursos específicos para sobrevivientes. Estos programas no recopilan datos en el HMIS.

Los clientes tienen derecho a negarse a compartir datos con HMIS. Si bien a los clientes no se les pueden negar servicios por negarse a dar su consentimiento para participar en HMIS, puede ser más difícil conectar a los clientes con los servicios adecuados.

ACUERDO PARA EJECUTAR MEDIANTE FIRMA ELECTRÓNICA:

Entiendo y tengo la intención de que mi firma electrónica y mis iniciales electrónicas en este formulario tengan la misma fuerza y efecto legal que si estuvieran firmadas o rubricadas con una firma original en tinta. Declaro, garantizo y acepto que mi firma e iniciales, ya sea electrónica o tinta original, darán lugar a un consentimiento y acuerdo válido, ejecutable y plenamente efectivo.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:

- **Autorizo a CAP Solano JPA, al CoC, a las Agencias Asociadas y a sus agentes y representantes autorizados a recopilar, 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 las Agencias Asociadas. También entiendo que puedo solicitar una lista actualizada en cualquier momento o ver la lista en: <http://www.housingfirstsolano.org/hmis-participating-agencies.html>. Entiendo que la recopilación, uso y divulgación de esta información tiene el propósito de evaluar mis necesidades de vivienda, asesoramiento, alimentación, asistencia con servicios públicos u otros servicios.

- Al poner mis iniciales en uno o más de los espacios en la siguiente tabla, autorizo que la información o los registros ingresados en HMIS puedan incluir los siguientes tipos específicos de información personal protegida ("PPI" por sus siglas en inglés) e información de salud protegida ("PHI" por sus siglas en inglés). Si no escribo mis iniciales en uno o más espacios en la siguiente tabla, no autorizo que el tipo específico de información se comparta a través de HMIS:

Iniciales del Cliente	Tipo de PPI/PHI
	Información de identificación (incluye: nombre, fecha de nacimiento, género, raza, origen étnico, número de seguro social, número de teléfono, dirección de residencia u otra información de identificación similar)
	Mi fotografía u otra imagen
	Información médica incluida en mis respuestas a las preguntas formuladas como parte de la admisión e identificación estándar de HMIS como cliente o paciente de un programa relacionado con la salud
	Información relacionada con el VIH/SIDA incluida en mis respuestas a las preguntas formuladas como parte del cuestionario estándar de HMIS
	Información de salud mental incluida en mis respuestas a las preguntas formuladas como parte de la admisión estándar de HMIS o identificación como cliente que recibe servicios de salud mental de los Servicios de Salud Conductual del Condado o de los contratistas de servicios de salud conductual
	Información sobre el tratamiento por abuso de sustancias incluida en mis respuestas a las preguntas formuladas como parte de la admisión estándar del HMIS y identificación como cliente que recibe tratamiento por abuso de sustancias o alcohol por parte de los Servicios de Salud Conductual del Condado o de los contratistas de servicios de salud conductual

	Información financiera y de beneficios (incluye: situación laboral, verificación de ingresos, pagos o asignaciones de asistencia pública, asignaciones de cupones para alimentos, cobertura de atención médica u otra información financiera o de beneficios similares)
	Información de vivienda
	Información sobre los servicios proporcionados por las Agencias Asociadas de HMIS, que incluyen: fecha, duración y tipo de servicio; y otra información de servicio similar)
	Otra (especifique): _____

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO QUE:

- Autorizo a las Agencias Asociadas y a sus agentes y representantes autorizados a utilizar el PPI y la PHI recopilados en HMIS para priorizarme y referirme a vivienda y servicios. Además, autorizo a las Agencias Asociadas y sus agentes y representantes autorizados a comunicarse con otras Agencias Asociadas y sus agentes y representantes autorizados sobre mi caso con el fin de coordinar la priorización y ubicación y determinar la elegibilidad para vivienda y servicios.
- Las Agencias Asociadas y sus agentes y representantes autorizados individualmente han firmado acuerdos para mantener la seguridad y confidencialidad de mi información. Tengo derecho a revisar todas las políticas de confidencialidad aplicables y los acuerdos firmados.
- **Entiendo que puedo negarme a firmar este Consentimiento.** Mi negativa no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios o servicios, ni mi capacidad para obtener tratamiento o pago. Además, dar mi consentimiento para la divulgación de mi información no garantiza que recibiré servicios, y mi negativa a dar mi consentimiento no me descalifica para recibir servicios. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo revocar este Consentimiento en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito. Este Consentimiento puede revocarse verbalmente

para registros relacionados con tratamientos de drogas/alcohol o tratamientos de salud mental.

- Si revoco este Consentimiento, la revocación entrará en vigor al recibirla, excepto en la medida en que otros hayan actuado basándose en este Consentimiento.
- Mi PPI y PHI están protegidos por regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes. Mi información no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que las regulaciones 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 PPI en el curso normal de su trabajo.
- Pathways MISI actúa como administrador del sistema para HMIS y el proveedor de software es Clarity. En la medida en que los agentes autorizados y representantes de estas agencias realicen trabajos en HMIS, podrán ver mi información en el curso normal de su trabajo.
- Las Agencias Ssociadas y sus agentes y representantes autorizados que utilizan HMIS para investigar y redactar informes han firmado acuerdos para mantener la seguridad y confidencialidad de la información del cliente.
- 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 la Información Médica, la Sección 56.10 (CMIA) del Código Civil de California, la Ley de Salud de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros, 45 C.F.R., partes 160 y 164 (“HIPAA”), y las Regulaciones Federales que Gobiernan la Confidencialidad de los Registros de Pacientes por Abuso de Drogas, 42 C.F.R., Parte 2, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que la ley permita lo contrario.
- Entiendo que parte de la información compartida bajo este consentimiento puede volver a compartirse con otras personas bajo ciertas condiciones y es posible que ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales.

- Autorizo expresamente que mi información divulgada de conformidad con este Consentimiento sea divulgada adicionalmente por los destinatarios enumerados anteriormente con el fin de evaluar mis necesidades de vivienda, asesoramiento, alimentación, asistencia con servicios públicos u otros servicios como parte del trabajo del CoC y HMIS.
- Si tengo preguntas sobre mi información, mis derechos con respecto a esa información, o me preocupa que mi información haya sido utilizada indebidamente, puedo comunicarme con Housing First Solano en admin@capsolanojpa.org.

FIRMA

Nombre del Cliente: _____

Firma del Cliente o Representante: _____

Si firma una persona distinta al cliente, indique la relación: _____

Fecha de la firma: _____ Hora de la firma: _____ AM/PM

Este Consentimiento caducará:

- **En siete años a partir de la fecha de la firma; INICIALES: _____ O**
- **el [insertar fecha] _____ . INICIALES: _____**

Este consentimiento no es válido si no se incluye una fecha de vencimiento.