



Autorización del Cliente para Divulgación de Información

para el Homeless Management Information System del Continuum of Care de San Antonio / Condado de Bexar

Para brindarle un servicio eficaz y eficiente, debemos recopilar datos relevantes para nuestro Homeless Management Information System (HMIS). Esta base de datos segura y confidencial, operada por representantes capacitados, permite a los proveedores de servicios trabajar en conjunto con usted para asegurarse de que reciba la asistencia que necesita de manera oportuna. Además, el HMIS permite al CoC obtener un conteo preciso de todas las personas que experimentan falta de vivienda o están en riesgo de quedarse sin hogar en San Antonio/ Condado de Bexar. Para ayudarnos a mejorar nuestro sistema de servicios actual, coordinar servicios y planificar nuevos servicios, necesitamos recopilar su información personal identificable (PII, por sus siglas en inglés). Para mejorar la coordinación con otros proveedores de servicios, usted tiene el derecho de consentir que su información sea compartida con estos otros proveedores.

Por favor revise la siguiente información y firme y feche donde se indica. [Nota para el personal: si trabaja con una familia, complete también el reverso de este formulario].

Entiendo y acepto que este proveedor de servicios ingresará mi información en el Homeless Management Information System (HMIS). La información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que mi información puede ser compartida entre proveedores de servicios locales con el propósito de conectarme con servicios.

Entiendo que la información sobre mí que está en el HMIS puede ser utilizada por el proveedor de servicios y el Continuum of Care de San Antonio / Condado de Bexar, incluyendo pero no limitado a, realizar investigaciones y desarrollar informes relacionados con programas de vivienda y falta de vivienda, coordinación de cuidados, necesidades de servicios, apoyos económicos, educación y empleo, y efectividad de programas. Autorizo la recopilación de información, incluyendo información personal identificable (PII), sobre los servicios que se me brindan y que esta información se incluya y comparta con proveedores de servicios en el HMIS. Además, entiendo que parte de la información recopilada y compartida puede incluir registros considerados Información de Salud Protegida bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Entiendo que si ya no deseo que mi información sea recopilada y compartida, puedo retirar mi consentimiento por escrito en cualquier momento contactando a: [Insertar dirección de correo electrónico del Oficial de Seguridad de la Agencia]. Cualquier información compartida o recopilada antes de la retirada del consentimiento no se puede revocar.

Un representante de la agencia ha respondido a mis preguntas sobre preocupaciones de privacidad. Al firmar este formulario de autorización, comprendo completamente y acepto los términos y condiciones anteriores.

NOMBRE DEL CLIENTE [IMPRIMIR] FECHA FIRMA DEL CLIENTE FECHA

PERSONAL AUTORIZADO FECHA FIRMA AUTORIZADA FECHA
NOMBRE [IMPRIMIR]



1234 Anywhere Avenue



(XXX)XXX-XXXX



SampleEmail@sample.org

Consentimiento del Cliente en Nombre de los Miembros del Hogar

Un adulto cabeza de familia puede dar consentimiento en nombre de los miembros de la familia para compartir su información en el HMIS.

<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 1 [IMPRIMIR]</p>	<p>CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]</p>
<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 2 [IMPRIMIR]</p>	<p>CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]</p>
<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 3 [IMPRIMIR]</p>	<p>CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]</p>
<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 4 [IMPRIMIR]</p>	<p>CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]</p>
<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 5 [IMPRIMIR]</p>	<p>CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]</p>
<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 6 [IMPRIMIR]</p>	<p>CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]</p>
<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 7 [IMPRIMIR]</p>	<p>CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]</p>
<p>NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA 8 [IMPRIMIR]</p>	<p>CABEZA DE FAMILIA [INICIALES]</p>