

Sistema de información para la gestión de personas sin hogar de Chicago

Consentimiento del cliente para la divulgación de datos

Nombre de la agencia: _____

Esta agencia forma parte de un grupo de asociados que coordinan sus esfuerzos para poner fin a la falta de vivienda en Chicago. A lo largo del presente documento se denominará a este grupo como el Equipo Colaborativo (“Equipo” o “nosotros”) del Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar (Homeless Management Information System, HMIS) de Chicago. La Agencia y los miembros del Equipo Colaborativo recopilan su información y la ingresan en el HMIS)*.

Un representante de esta Agencia le pedirá información sobre usted y sus dependientes. (La palabra "dependiente" se usa en este documento para referirse a cualquier persona menor de 18 años de la que usted se considere responsable). Una vez que la información se haya ingresado en el HMIS, se compartirá como se describe a continuación.

La función de este formulario es permitirle decidir qué parte de la información que proporciona a esta Agencia se puede compartir con terceros y cómo se podría compartir con los miembros del Equipo Colaborativo. Puede negarse a permitir que esta Agencia comparta su información a alguien que no sea el administrador del HMIS, el cual puede divulgar dicha información de conformidad con el Aviso de la Agencia Estándar sobre las Prácticas de Privacidad. En caso de negarse, puede que la capacidad de esta Agencia y del Equipo para proporcionarle vivienda se vea reducida, pero la presente Agencia seguirá brindándole servicios de emergencia.

PARTE I: RESPUESTAS BREVES A PREGUNTAS QUE USTED PODRÍA TENER

¿Cuáles son las razones para compartir la información que esté relacionada conmigo?

- Ayudar a los proveedores de servicios a ofrecerle una vivienda adecuada y opciones de cuidado.
- Ayudar al Equipo Colaborativo a documentar la necesidad y obtener fondos para su vivienda y servicios.
- Según se detalle en el Aviso de la Agencia Estándar sobre las Prácticas de Privacidad, y de las enmiendas que se adopten periódicamente.

¿Cómo se protegen mis datos?

- Se requiere que cada agencia cumpla con el Aviso de la Agencia Estándar sobre las Prácticas de Privacidad.
- Los miembros del Equipo Colaborativo deben firmar un acuerdo para proteger su privacidad y cumplir con las leyes y políticas estatales y federales antes de ver cualquier información.
- El HMIS incorpora los requisitos de seguridad estándar del sector y se actualiza para que se mantenga al día con dichos requisitos de seguridad.

¿Cuáles son mis derechos?

- Si lo solicita, puede obtener una versión electrónica o una copia en papel de la información que ha sido ingresada en el HMIS y obtener una lista de las agencias asociadas al Equipo Colaborativo.
- Puede solicitar que se enmiende o revoque la difusión de la información que ha sido ingresada en el HMIS en cualquier momento, firmando un nuevo formulario de consentimiento.

¿Existen circunstancias en las que mi información pueda divulgarse sin mi consentimiento?

• Sí, existen varias razones por las cuales su información se usará o divulgará sin su consentimiento. Las razones incluyen, entre otras, por funciones administrativas, pagos o reembolsos de servicios, exigencias de la ley, mantenimiento del sistema y presentación de informes e investigación académica, como se describe en el Aviso de la Agencia Estándar sobre las Prácticas de Privacidad, y de las enmiendas que se adopten periódicamente.

Para obtener información más detallada, solicite ver una copia de nuestro Aviso de la Agencia Estándar sobre las Prácticas de Privacidad.

PARTE II - SU CONSENTIMIENTO

Información básica:

Esta información se compartirá a través del HMIS y con los miembros del Equipo Colaborativo.

- Información sobre la identificación personal (nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, género, estado de veterano, foto)
- Información sobre la identificación personal de sus dependientes (cuando corresponda). (Nota: toda persona que tenga 18 años de edad o sea mayor debe firmar un formulario de consentimiento por separado).
- Información de inscripción (puede incluir su información de inscripción anterior)
- Número de identificación del destinatario (si no conoce el número, intentaremos buscarlo)
- Información de contacto

Coordinación de la asistencia e información sobre la vivienda:

Esta información, junto con otra información del HMIS, será utilizada o divulgada con el fin de hacer que nuestros servicios se correspondan con los servicios necesarios y las posibles opciones de vivienda, para llevar a cabo referencias y evaluaciones, para determinar la elegibilidad del programa, para de alguna forma ayudar a atender las necesidades y circunstancias específicas, y para compartir información en reuniones de conferencia, con el fin de encontrar y/o coordinar los servicios destinados para usted y sus dependientes.

Información sobre su servicio militar (cuando corresponda)

- Experiencia con falta de vivienda y entorno familiar (estatus de la vivienda)
 - Ingreso y fuente(s) del hogar
 - Presencia de una condición de discapacidad actual
 - o La ley de Illinois nos exige que obtengamos su consentimiento explícito para compartir información relacionada con problemas de salud mental, uso de sustancias y/o VIH/SIDA.
- Se le ofrecerá un formulario de consentimiento por separado antes de que se le solicite compartir información sobre estas condiciones.***
- Servicios que recibe, incluido su comprobante de asistencia financiera
 - Información del seguro médico/proveedor de atención primaria

Para los fines del presente consentimiento, la Información básica y la Coordinación de la asistencia e información sobre la vivienda serán denominadas colectivamente como la "información".

Yo, _____ (Nombre) acepto compartir la información como se detalla a continuación.

- A. **Compartir mi información** para facilitar vivienda y/o coordinar servicios que me ayuden a mí y a mi falta de vivienda
- B. **Compartir mi información como un archivo bloqueado** para facilitar vivienda y/o coordinar servicios que me ayuden a mí y a mi falta de vivienda.

Nota: los administradores del sistema podrán ver el archivo bloqueado y se compartirá con las agencias que lo supervisan o asignan para que me proporcionen vivienda y atención, y con las agencias de las que actualmente recibo o recibí los servicios. Mi información no se utilizará ni divulgará en reuniones de conferencia para coordinar y/o buscarme servicios.

La información de los sobrevivientes de violencia doméstica y/o trata de personas solo se manejará automáticamente como un archivo bloqueado.

- C. **No estoy de acuerdo en compartir ninguna información:** no quiero que se comparta ninguna información sobre mí con fines de vivienda y/o coordinación de cuidados. Entiendo que el administrador del sistema tendrá acceso y que mi información puede ser compartida de conformidad con el Aviso de la Agencia Estándar sobre las Prácticas de Privacidad. Reconozco que si mi información se comparte según los permisos y requisitos, las agencias con quienes se compartió la información pueden contactarme.

- D. Al firmar este formulario, demuestra que:

- Reconoce que se puede compartir cierta información sin su consentimiento de acuerdo con el Aviso de la Agencia Estándar sobre las Prácticas de Privacidad, y de las enmiendas que se adopten periódicamente.
- Leyó el presente consentimiento del cliente o escuchó una explicación sobre su contenido.
- Comprende que este consentimiento no caduca a menos de que lo cancele en cualquier momento, firmando una nueva copia de este consentimiento. Sin embargo, cualquier información que ya haya sido compartida con otra agencia no puede ser cancelada o revocada.
- Comprende que los proveedores de vivienda pueden registrar incidentes significativos en los que usted esté involucrado en sus programas, y que estos incidentes se compartirán con las entidades que brindan servicios de emergencia, coordinación de vivienda y servicios de extensión para que las personas se unan a los programas apropiados.

Nombres de los dependientes (enumere TODOS los dependientes):

Nombre 1: _____ Nombre 2: _____

Nombre 3: _____ Nombre 4: _____

Nombre 5: _____ Nombre 6: _____

Selección sobre la difusión de datos del jefe del hogar (marque uno):

- A Compartir mi información
- B Compartir mi información como un archivo bloqueado
- C No estoy de acuerdo en compartir ninguna información

Selección sobre la difusión de datos de todos los dependientes (marque uno, cuando corresponda):

- A Compartir mi información
- B Compartir mi información como un archivo bloqueado
- C No estoy de acuerdo en compartir ninguna información

Firma del cliente o representante: _____ **Fecha:** _____

Firma del testigo de la agencia: _____ **Fecha:** _____

Para uso exclusivo de la organización: (inicial para todos los que correspondan)

El cliente mencionado anteriormente recibió una explicación telefónica sobre este formulario, en caso necesario. El personal de esta agencia actuó como representante en nombre del cliente. Se leyó el consentimiento en su totalidad.

Un representante autorizado completó este consentimiento para el cliente. Se aprobó e incluyó una descripción de la representación requerida por la agencia en el archivo.

Sistema de información para la gestión de personas sin hogar (HMIS)
Consentimiento complementario del cliente para la divulgación de ciertos
datos sobre discapacidad e información sobre la salud

Nombre de la agencia: _____

Se debe completar el presente consentimiento complementario del cliente para la divulgación de ciertos datos sobre discapacidad e información sobre la salud al momento de la evaluación inicial, además del Consentimiento del cliente para la divulgación de datos. Este consentimiento complementario coincide con las políticas establecidas en el Aviso de la Agencia Estándar sobre las Prácticas de Privacidad ("Aviso de privacidad") del HMIS de *All Chicago Making Homelessness History*. La versión actual del Aviso de privacidad y una lista de asociados del Equipo Colaborativo pueden ser vistas en www.allchicago.org. De forma alternativa, la agencia con la que esté trabajando también debería poder proporcionarle estos documentos cuando los solicite.

La ley nos exige que obtengamos su consentimiento explícito para compartir información sobre su experiencia con problemas de salud mental, VIH/SIDA y uso indebido de sustancias. Algunas agencias dentro del Equipo Colaborativo tienen requisitos específicos de elegibilidad. Compartir esta información nos permite conectarlo con tantas opciones de vivienda y cuidado como sea posible para las que tiene opción de ser elegible.

Se recopilará esta información como parte de su evaluación y la agencia con la que está trabajando la divulgará con el Equipo Colaborativo para mejorar la capacidad del Equipo Colaborativo de hacer una correspondencia adecuada de vivienda y coordinar el cuidado en su nombre. Puede negarse a compartir esta información como se indica a continuación, pero hacerlo puede causar que las agencias participantes del Equipo Colaborativo se les haga más difícil calificarlo para recibir la asistencia adecuada a sus necesidades.

Por favor, marque la casilla que corresponda:

_____ Doy mi consentimiento para el uso y divulgación al Equipo Colaborativo de la información de mi condición de salud mental, estado de VIH/SIDA, historial de uso indebido de alcohol o drogas, según corresponda. Autorizo a la agencia que me brinda servicios a ingresar en el HMIS mi estado de salud mental, estado de VIH/SIDA, historial de uso indebido de alcohol o drogas, según corresponda, y autorizo al Equipo Colaborativo a usar dicha información para hacer corresponder adecuadamente una vivienda y coordinar el cuidado en mi nombre. Además, autorizo el uso y divulgación de mi estado de salud mental, estado de VIH/SIDA, historial de uso indebido de alcohol o drogas, según corresponda, de forma global, siempre y cuando mi información esté des-identificada.

_____ Me niego a compartir cualquier información relacionada con mi condición de salud mental, VIH/SIDA, uso indebido de alcohol o drogas con el propósito de hacer corresponder u otros servicios específicos; no obstante, si entiendo que la información mencionada anteriormente será: (i) compartida entre un cierto grupo de evaluadores dentro del Equipo Colaborativo, si esta información solo se recopila como parte de la Evaluación de Vivienda



Estandarizada y (ii) si se utiliza y divulga de forma global siempre que mi información sea des-identificada, autorizo expresamente lo anterior.

_____ Actualmente no presento las condiciones mencionadas anteriormente ni tengo ninguna información para compartir.

Esta autorización tendrá efecto y vigencia durante siete años a partir de la fecha de la firma, momento en el cual caduca la autorización para utilizar o divulgar esta información.

Entiendo que tengo el derecho de revisar y copiar cualquier información de salud mental incluida o que forme parte de la información divulgada de conformidad con el presente consentimiento.

Entiendo que el Equipo Colaborativo no divulgará la información relacionada con mi experiencia en dichas condiciones sin mi autorización específica por escrito a menos de que la ley aplicable autorice la divulgación, incluida la confidencialidad de los registros de pacientes que hayan hecho un uso indebido del alcohol y drogas (Parte 2 del CFR 42). También entiendo que puedo revocar mi autorización de la divulgación de esta información firmando una nueva copia de este Consentimiento complementario del cliente en el que rechazo la futura divulgación de la información. Entiendo que mi revocación no será efectiva en la medida en que mi información ya haya sido utilizada o divulgada al confiar en este consentimiento. También entiendo que el Equipo Colaborativo no usará ni divulgará información personal de salud que se extienda del alcance de esta autorización sin mi aprobación por escrito.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad promulgadas de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud. Sin embargo, a excepción de lo dispuesto en este documento, la información sobre salud mental, VIH/SIDA, uso indebido de sustancias y alcohol puede no ser divulgada por la persona o entidad autorizada en este documento para recibir dicha información sin mi consentimiento expreso por escrito.

Si solicito la divulgación del material de prueba psicológica, entiendo que todos los registros relacionados con cualquier prueba psicológica solo se deben divulgar a un psicólogo designado por mí.

Nombre del cliente: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Testigo de la agencia: _____ Fecha: _____