

Maricopa Regional Continuum of Care HMIS Publicación de Información

El Consejo del Continuo de Cuidado Regional de Maricopa, conocido en inglés como *Maricopa Regional Continuum of Care* autoriza a las agencias a utilizar un sistema de datos común y compartido llamado el Sistema Administrativo de Información de Personas sin Hogar (HMIS, por sus siglas en inglés) con el fin de trabajar en conjunto para brindar servicios a las personas sin hogar. Como cliente, el beneficio de compartir su información es que nos permitirá ayudarlo a planificar y brindarle servicios. Esta información se compartirá entre agencias para facilitar la coordinación y entrega de sus servicios. Sepa que toda la información ingresada en estas bases de datos está protegida por contraseñas, tecnología encriptada u otros medios. Se toman medidas para proteger la información que se ingresa en el sistema pero ningún sistema es infalible.

Las agencias proveedoras de servicios trabajan juntas y comparten información detallada sobre sus clientes a través de bases de datos que notan sus servicios. Cualquier agencia proveedora que use estos sistemas requiere que todos sus trabajadores con acceso a su información, firmen un acuerdo para mantener su información confidencial y usarla solo para los propósitos del programa. Usted no está obligado a dar permiso para que su información sea compartida para recibir servicios. Hay muchos beneficios al compartir su información personal con otros proveedores. Es posible que podamos brindarle más opciones de vivienda y la colocación en la vivienda puede ser más rápida si podemos coordinarnos con otras agencias. Además, le evitará tener que repetir información a varios proveedores de servicios cuando acceda a los servicios. Junto con los beneficios de compartir información, existen riesgos. Los riesgos incluyen el hecho de que se pueda compartir cierta información confidencial sobre el diagnóstico o tratamiento de un trastorno de salud mental, un trastorno de drogas o alcohol, VIH, SIDA o violencia doméstica para conectarlo con los servicios adecuados.

La información siguiente será compartida:

- Información de identificación personal, como: nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento
- Información demográfica como: raza, etnia y género
- Información sobre usted que pueda ayudar a encontrarle recursos de vivienda como el estatus de veteranía o si usted o un miembro de su familia tiene una condición de discapacidad
- Información sobre su historial de vivienda y falta de vivienda, como dónde vive y dónde podemos contactarlo
- Información sobre los servicios que ha recibido a través de otros proveedores para personas sin hogar

Información adicional del cliente se compartirá solo con ciertas agencias para ayudar en la coordinación de servicios. Se adjunta una lista de información personal que se compartirá, así como cuales agencias compartirán la información.

Otras agencias pueden unirse a la colaboración HMIS en el futuro. Firmar este formulario permite compartir su información no solo con las agencias actuales sino también con las agencias que puedan unirse en el futuro. Puede encontrar una lista actualizada de todas estas agencias en www.hmisaz.org

Al firmar este formulario, reconozco y acepto lo siguiente:

- Recibí una copia del Aviso de Privacidad, que describe las maneras en que se puede usar o divulgar la información de identificación principal y otra información de datos del cliente.
- Tengo derecho a preguntar sobre este formulario y cualquier cosa que no entienda sobre el intercambio de datos e información.
- **Tengo el derecho de optar por no compartir mi información con otras agencias participantes y seguir recibiendo los servicios de esa agencia.** Aún estaré elegible para recibir servicios si no doy mi consentimiento para compartir datos, pero es posible que limite la coordinación disponible.
- Tengo derecho a cambiar mi consentimiento para compartir.
 - Si más adelante **estoy de acuerdo en compartir**, toda la información no compartida anteriormente estará ahora disponible para todas las agencias que usan HMIS.
 - Si más tarde **decido no compartir**, entiendo que los datos ingresados previamente todavía estarán disponibles para las agencias con las que se compartió originalmente. La nueva información recolectada por esta agencia no será compartida.

Si corresponde, este formulario también se aplica a todos los miembros menores de edad quienes forman parte de mi hogar. Estoy de acuerdo en compartir mi información y la información de los miembros de mi familia a continuación.

Nombres y fechas de nacimiento: (adjunte una otra página si es necesario)

Marque abajo si no desea que su información sea compartida en HMIS

<input type="checkbox"/> NO ACEPTO compartir mi información ** Su información se compartirá en HMIS a menos que marque esta casilla **
--

Firma del cliente

Fecha

Nombre escrito del cliente

Firma del personal

Fecha

Nombre escrito del personal de la agencia

Nombre escrito de la agencia