

Consentimiento del cliente y divulgación de información

I. Lo que necesita saber antes de firmar

El SBCHP CoC HMIS es una base de datos con acceso a la usada para almacenar información sobre clientes que utilizan los servicios de vivienda y desamparo en el Condado de San Bernardino.

_____ reunirá y mantendrá datos para: (a) proveer gestión de casos individuales; (b) producir informes acerca de la utilización de los servicios; (c) seguimiento individual de los resultados de cada programa; (d) proporcionar rendición de cuentas para personas y entidades que aportan fondos para su uso en la serie continua de cuidado del Condado de San Bernardino; (e) identificar las necesidades de servicio sin abastecer y el plan de provisión de los nuevos servicios; (f) asigne recursos entre agencias involucradas en la provisión de servicios en y alrededor del condado de San Bernardino; y (g) Puede utilizarse para otros fines que se consideren apropiadas por SBCHP CoC HMIS. Por lo general, una agencia no puede divulgar ninguna información contenida dentro de este sistema, la cual podría identificar a un cliente, a menos que:

1. El cliente preste su consentimiento por escrito;
2. La divulgación sea permitida por una orden judicial; o
3. La divulgación es hecha al personal médico en una emergencia médica o al personal calificado para auditoría de investigación o evaluación del programa.

Por ley, debemos proteger la privacidad de su información, informarle sobre sus derechos y contarle cómo mantenemos su información privada.

Abuso y Descuido de Niños: Por ley, se requiere que relatemos una situación que amenaza la vida a usted u otros y/o una sospecha de maltrato o descuido de niños.

Las agencias que han sido concedidas el acceso a SBCHP CoC HMIS han consentido en cumplir con todas las leyes, políticas SBCHP CoC HMIS y procedimientos que pertenecen a confidencialidad del cliente y conducta del usuario. Asimismo, todas las agencias conservarán un formulario de Consentimiento del cliente/Divulgación de información para todos los clientes individuales que se comparta con agencias sin custodia cuando la política interna de la agencia permita compartir los datos.

II. ¿Qué información se comparte sobre usted?

- Basado en las normas de la Agencia de datos compartidos, la Información Básica de Admisión del Cliente se compartirá con las agencias que participen en el SBCHP CoC HMIS, en un esfuerzo por impedir procesos duplicados en la admisión de los clientes. La información que se comparte incluye Información Básica de Admisión del Cliente y el Grupo Familiar y Antecedentes laborales/educativos.
- En un esfuerzo por dinamizar el Alcance del Cuidado del cliente y/o el Nivel del Programa familiar del cliente y el Nivel del Servicio, los datos sólo se compartirán con otras agencias participantes del SBCHP CoC HMIS que hayan firmado la sección de Acuerdo para compartir datos entre las agencias del Acuerdo de las agencias participantes del HMIS.

- Los datos agregados (sin identificar) se usarán para producir informes de toda la región.
- Todas las agencias que hayan obtenido el acceso al SBCHP CoC HMIS han acordado acatar todas las leyes, políticas y Procedimientos del SBCHP CoC HMIS relativas a la confidencialidad del cliente y la conducta del usuario. Los datos de clientes individuales se encuentran disponibles a través del SBCHP CoC HMIS para las agencias sin custodia solamente en casos en los cuales las políticas internas de la agencia que ingresa los datos, los acuerdos de divulgación de datos entre agencias específicas y los formularios del cliente permitan dicha divulgación.

Sistema de información de gestión de los desamparados para la Continuidad del cuidado de la sociedad de desamparados del Condado de San Bernardino (SBCHP CoC HMIS, por sus siglas en inglés)

Consentimiento del cliente y divulgación de información

Al firmar más abajo, comprendo y reconozco que, basándose en la política de la Agencia, tengo derecho a:

- √ Solicitar a la Agencia que se comunique conmigo acerca de mis servicios de la manera designada para promover las comunicaciones confidenciales;
- √ No responder ninguna pregunta, a menos que la admisión en el programa de la Agencia lo exija;
- √ Recibir servicios si no permito que esta agencia ingrese información sobre mí en el SBCHP CoC HMIS;
- √ Inspeccionar, copiar y solicitar la enmienda de los registros mantenidos por la Agencia que se relacionen con la prestación de servicios para mí y para recibir una copia de este formulario;
- √ Solicitar la restricción de cómo se utilizan y divulgan mis datos, información y registros, sobre los cuales la Agencia no está obligada a aceptar dichas restricciones exigidas;
- √ Denegar el consentimiento para compartir la Información de Admisión del Cliente que se esboza más arriba;
- √ Firmar una solicitud escrita para eliminar mi consentimiento en cualquier momento; y
- √ Presentar una queja ante la Agencia o la oficina Administrativa mediante una notificación escrita de la supuesta violación, si creo que se han violado mis derechos de privacidad, y que no se tomarán represalias en mi contra por presentar dicha queja.

_____ **Por favor, escriba sus iniciales para indicar que comprende sus derechos**

Al firmar más abajo, además comprendo y reconozco que:

- √ La confidencialidad de mis registros está protegida por ley, y que la Agencia nunca brindará información sobre mí a nadie fuera de la Agencia sin mi consentimiento escrito o conforme se exija mediante una orden judicial;
- √ Además de la Información de Admisión del Cliente, la Agencia podría divulgar datos del Nivel del Programa sólo con aquellas agencias participantes del SBCHP CoC HMIS en un esfuerzo por dinamizar el Alcance del Cuidado;
- √ Si opto por retirar el consentimiento, comprendo que mis datos podrían ser divulgados al SBCHP CoC HMIS e incluidos en un formulario agregado y sin identificación a los efectos de tomar decisiones futuras sobre la política y el programa;
- √ Esta divulgación es válida por siete (7) años después de la última vez que reciba servicios de la Agencia; y
- √ La Agencia está obligada a acatar los términos de esta notificación, pero la Agencia se reserva el derecho a cambiar los términos y a poner en vigencia tales cambios tanto para la información que ya posea la Agencia, así como para la información que reciba en el futuro.

FIRMA DEL CLIENTE o TUTOR

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO DE LA AGENCIA

FECHA