Reconocimiento y Consentimiento Para Participar en el Sistema de Administración y Información de Personas sin Vivienda (HMIS)

Reconocimientos: La información que he dado es verdadera y correcta y la he dado de la mejor manera que he entendido. También entiendo que las reglas de aceptación al programa son iguales para todos sin distinción de raza, color, origen de nacionalidad, edad, sexo o incapacidad. También entiendo que tengo el derecho a apelar cualquier decisión si siento que los servicios han sido incorrectamente negados, reducidos, suspendidos o terminados.

Sistema de Administración y Información de Personas sin Vivienda (HMIS): HMIS es un sistema computarizado de registro de datos que captura la información y el servicio de las necesidades de las personas en situación de pobreza o indigencia. Esta agencia utiliza HMIS como su herramienta de gestión de datos para reunir información de los clientes atendidos y los servicios prestados. El sistema HMIS lo beneficia a usted para que usted no tenga que completar una entrevista de admisión adicional en caso de necesitar los servicios de una agencia colaboradora que también usa HMIS. La información compartida con una o más agencias colaboradoras se utilizarán para ayudarle a acceder a los servicios tales como asistencia de emergencia, vivienda, y vivienda temporal. Su consentimiento por escrito permite a esta agencia compartir el formulario de admisión con otros organismos colaboradores. Usted tiene el derecho de solicitar información acerca de quién ha visto o actualizado su registro en HMIS y recibir una copia de este formulario de consentimiento y un resumen de su formulario de admisión.

Nuestra agencia tiene un acuerdo de compartir información con varias agencias colaboradoras de los clientes que han sido ayudados por ambas agencias. Las agencias colaboradoras también tienen un acuerdo con la Coalición para Indigentes del Condado de Frederick las cuales tienen procedimientos de seguridad en lo que se refiere a la protección y el intercambio de datos de los clientes. Estas agencias podrían también usar su información sin identificación alguna para reportar requisitos y abogacia.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza esta agencia a:

- Compartir su información de admisión con agencias colaboradoras para una evaluación inicial de admisión.
- Proveer información demográfica básica, residencial, habilidades de empleo e ingresos, militar, legal, necesidades basicas, metas y resultados, historial medico, abuso de sustancias y salud mental con agencias colaboradoras.
- Permitir que su información sea compartida electrónicamente por una via segura a través de un sistema cifrado con las agencias colaboradoras que participan en el HMIS.
- Permitir que su registro e información sea compartida por un periodo no mayor de Diez(10) años, a partir de la fecha de hoy.

Yo, _____, por medio de la presente (marque una de las siguientes)
Cliente o Nombre del Participante

☐ Autorizo
☐ No Autorizo

A disponer de la información que he proporcionado en la entrevista de admisión con el personal de la agencia para que sea compartida por vía electrónica con los organismos colaboradores usando HMIS sistema computarizado de registro de datos. Además doy mi autorización para que la información e historial de mi salud física, mental, y uso de sustancias que proporcioné en la entrevista de admisión con el personal sea compartido por vía electrónica con las agencias colaboradoras o agencias con el HMIS sistema computarizado de registro de datos. Yo entiendo que las agencias colaboradoras están plenamente vinculadas por las disposiciones de Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), por sus siglas en inglés, regulaciones federales que rigen la confidencialidad y el registro de Abuso de Drogas de pacientes (42 CFR parte 2), y Maryland Confidentiality of Medical Records Act (MCMRA), por sus siglas en ingles, cuando comparten información. Yo entiendo que puedo pedir que mi información sea removida del sistema computarizado de registro de datos que captura información en cualquier momento.

_____ _____
Firma del Cliente/Participante Fecha

_____ _____
Firma del Personal Encargado Fecha