

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE CT-HMIS

Depende de usted si quiere firmar este formulario. La información que usted nos permite divulgar podría ser revelada otra vez, más tarde, por el receptor; si esa persona u organización no es un proveedor de atención médica o un plan de salud, la información podría dejar de estar protegida por las regulaciones federales sobre la privacidad. Su decisión de rellenar o no este formulario no comprometerá su elegibilidad para los beneficios, tratamientos, pagos, o inscripción en otros servicios.

- *Connecticut Homelessness Management Information System (CT HMIS)* es un sistema compartido, es decir, que las Agencias Participantes de CT HMIS ingresarán su información en la base de datos de CT HMIS. Esas agencias participantes tendrán acceso a la información ingresada en HMIS. Cuando se comparten sus datos, los prestadores de servicios pueden constatar si hay servicios habitacionales que se adecuen a sus necesidades; esto no garantiza que usted recibirá una vivienda. El tipo de información recopilada en el sistema incluye datos personales básicos de usted y cada miembro de su grupo familiar (incluidos nombres y apellidos, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, sexo, raza, nacionalidad, información del grupo familiar, número de teléfono, categoría de ex combatiente militar, números de teléfonos y categoría de persona discapacitada). Los datos ingresados en HMIS pueden incluir información sobre su salud física y mental, incluido el historial de abuso de sustancias o VIH/SIDA; si usted recibe ahora servicios o tratamiento; y las derivaciones a servicios y viviendas por parte de las agencias participantes.

**Se adjunta una lista de agencias participantes que tendrán acceso a su información. Para ver una lista de agencias participantes, vaya a este sitio web: [http://www.cthmis.com/files/file\\_detail/1910/](http://www.cthmis.com/files/file_detail/1910/) y haga clic en el botón “Download File” (Descargar Archivo) en el medio de la página. Esta lista es modificada o cambiada ocasionalmente. Puede solicitar una copia impresa actualizada a The Connecticut Coalition to End Homelessness (860-721-7876) en cualquier momento.**

**NOMBRE Y APELLIDO:**

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

Autorizo a las agencias arriba mencionadas a ingresar mi información personal *descrita más arriba* en CT HMIS y a acceder a mis datos guardados allí a los fines de garantizar una coordinación efectiva de los servicios. La información ingresada en CT HMIS, o a la que se acceda en CT HMIS, no será utilizada de ninguna manera para diagnosticar o tratar afecciones físicas o mentales.

- Comprendo que mi información se podrá usar para estudios de investigación, evaluación y defensoría de la causa; esto puede incluir proyectos de investigación que se adecuen a mis necesidades con otras agencias o programas que puedan ayudarme a conseguir una vivienda. Las leyes federales y estatales sobre privacidad siempre me protegerán. Mis datos personales nunca formarán parte de informes de investigación.
- Un representante de **\*\*NOMBRE DE LA AGENCIA\*\*** me ha explicado mis derechos con respecto al Proyecto CT HMIS Project y me entregó una copia escrita de dicha explicación.
- Puedo solicitar ver un documento que enumere las personas que han actualizado mi legajo de cliente en CT HMIS. Si tengo inquietudes sobre cómo se usan mis datos personales, o cómo son ingresados en la base de datos CT HMIS, me puedo comunicar con **\*\*PERSONA DE CONTACTO DESIGNADA DE LA AGENCIA.\*\***

Comprendo que si necesito asistencia para obtener una vivienda en el futuro, se me solicitará que rellene este formulario de consentimiento otra vez.

### **NOTIFICACIÓN AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Es posible que se haya divulgado toda o parte de esta información a usted de los registros protegidos por las leyes estatales de Connecticut o federales que le prohíben a usted hacer otra divulgación de esta información, sin el consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece, o de otro modo permitido por dichas leyes. Una autorización general para divulgar información médica o de otra naturaleza NO es suficiente para este fin. Además, las Reglas Federales (Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2) restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que consume drogas o alcohol.

Entiendo que este formulario vencerá dentro de dos años a partir de la fecha en que sea firmado. Puedo revocar esta autorización escribiendo en cualquier momento; sin embargo, comprendo que al revocarla, nada cambiará respecto de la información que ya haya sido divulgada.

Firma del cliente:

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre en letras de imprenta

Revisado el 9/12/2015.

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE CT-HMIS

**Nota: Si es un tutor o representante legal, usted debe adjuntar una copia de su autorización legal para representar al afiliado y completar lo siguiente:**

Firma del Tutor/Representante:

Nombre en letras de imprenta:

Fecha:

Autoridad legal:

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo de la agencia*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letras de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Si tiene preguntas o si necesita información adicional con respecto a este formulario, comuníquese con Connecticut Coalition to End Homelessness al número 860-721-7876, o vaya al sitio web [cceh.org](http://cceh.org).