

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS SIN HOGAR DEL CONDADO DE SANTA CLARA, CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

LA PRESENTE NOTIFICACIÓN DESCRIBE DE QUÉ MANERA SE PODRÍA UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR LÉALA CON DETENIMIENTO.

El Sistema de gestión de la información de las personas sin hogar del Condado de Santa Clara (“SCC HMIS”, por sus siglas en inglés) es una base de datos compartida y una aplicación informática que recolecta, utiliza y comparte de manera confidencial la información relacionada con cada cliente sin hogar en el Condado de Santa Clara (“El Condado”). En representación de Continuum of Care (“CoC” Atención Continua) y Bitfocus, Inc. (“Bitfocus”), el Condado administra el sistema SCC HMIS mediante una aplicación de software llamada Clarity Human Services (“Clarity”). Los clientes deben dar su consentimiento para poder recolectar, utilizar y divulgar la información sobre ellos, lo cual le facilita a CoC brindar servicios de vivienda de calidad y servicios a las personas sin hogar y de bajos ingresos.

Se recolecta la información del cliente en el sistema SCC HMIS y se les comparte a los proveedores de servicios y vivienda (por separado, “La Agencia asociada,” de forma colectiva, “Las Agencias asociadas”) como por ejemplo las organizaciones de la comunidad y las agencias gubernamentales. Las Agencias Asociadas utilizan la información del sistema SCC HMIS para mejorar la calidad de la vivienda y de los servicios; para identificar patrones y hacer un seguimiento de las tendencias a lo largo del tiempo; para evaluar las necesidades y priorizar los servicios que se prestan a ciertos sectores de la población sin hogar o a las personas con bajos ingresos; para mejorar la coordinación entre las agencias y para hacer seguimiento, emitir informes sobre el desarrollo, impacto y calidad de la vivienda y los servicios.

La información del cliente se protege limitando los derechos de acceso a la base de datos y limitando el número de personas a las que se les puede dar información confidencial en cumplimiento con la normativa federal, estatal y local que rige la confidencialidad de los

expedientes del cliente. Cada persona o agencia con derechos de acceso al sistema SCC HMIS, o aquellos a los que se divulgue la información del cliente, deben firmar un acuerdo para mantener la seguridad y confidencialidad de la información del cliente. En caso de incumplimiento del acuerdo, los derechos de acceso se anularán, y la persona o agencia que incumpla con el acuerdo puede estar sujeta a más sanciones.

//

//

ACUERDO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA FIRMA ELECTRÓNICA: Entiendo y deseo que mi firma e iniciales electrónicas puestas en este formulario tengan la misma vigencia y efecto legal que las efectuadas a mano con tinta de bolígrafo. Declaro, garantizo y estoy de acuerdo en que mi firma e iniciales, ya sean digitales o a mano, darán lugar a un consentimiento y acuerdo válidos, vinculantes y plenamente en vigor.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO LO SIGUIENTE:

- **Le autorizo al Condado, Bitfocus, CoC, las Agencias asociadas y a sus agentes y representantes autorizados a recolectar, utilizar y compartir información básica sobre mí.** Entiendo que, con el tiempo, las Agencias asociadas pueden cambiar, y que se me ha entregado la lista actual de las Agencias asociadas. También entiendo que puedo solicitar o ver una lista actualizada en cualquier momento en <https://scc.bitfocus.com/hmis-participating-agencies> Entiendo que la recolección, utilización y divulgación de dicha información tiene el propósito de evaluar mis necesidades de vivienda, asesoramiento, alimentación, ayuda para el pago de servicios públicos u otros servicios.
- Al poner las iniciales en uno o varios de los espacios de la tabla que aparece a continuación, autorizo a que la información o expedientes introducidos en el sistema SCC HMIS puedan incluir los tipos específicos de información personal protegida (“PPI”, por sus siglas en inglés) e información médica protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés) que se indican en la tabla. Si no pongo mis iniciales en uno o más espacios de dicha tabla, no autorizo a que se introduzca en el sistema SCC HMIS ese tipo específico de información.

Iniciales del cliente	Tipo de PPI/PHI
	<ul style="list-style-type: none"> ● Información personal identificable (nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, grupo étnico, número de seguro social, número de teléfono, dirección del domicilio u otra información similar)
	<ul style="list-style-type: none"> ● Mi fotografía o algo similar
	<ul style="list-style-type: none"> ● Información médica incluida en mis respuestas a las preguntas que forman parte del cuestionario de admisión del sistema HMIS y el de identificación como paciente del sistema médico y hospitalario de Santa Clara Valley
	<ul style="list-style-type: none"> ● Información relacionada con el VIH/SIDA incluida en mis respuestas a las preguntas del cuestionario de admisión del sistema HMIS
	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sobre salud mental incluida en mis respuestas a las preguntas del cuestionario del sistema HMIS y al de identificación como cliente que recibe servicios de salud mental del Departamento de Salud Conductual del Condado
	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sobre el tratamiento contra el abuso de sustancias tóxicas que esté incluida en mis respuestas del cuestionario de identificación y de admisión al sistema HMIS como cliente que recibe este tipo de tratamiento o tratamiento contra el alcoholismo del Departamento de Servicios de Salud Conductual
	<ul style="list-style-type: none"> ● Información financiera y de beneficios (situación laboral, verificación de ingresos, pagos o subsidios de asistencia pública, asignación de estampillas para comida, cobertura para la atención médica u otro tipo de información similar)
	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sobre vivienda
	<ul style="list-style-type: none"> ● Información sobre servicios proporcionados por las Agencias asociadas al sistema HMIS (fecha, duración, tipo de servicio y otra información similar)
	<ul style="list-style-type: none"> ● Otro (especificar): _____ _____

- Autorizo a las Agencias asociadas y a sus agentes y representantes autorizados para que utilicen la información PPI y la PHI que se encuentra en el sistema SCC HMIS para que me puedan dar prioridad y me deriven a los servicios y ayudas para la vivienda. También les autorizo para que se comuniquen con otras Agencias asociadas y sus agentes y representantes autorizados sobre mi caso con el objetivo de coordinar la priorización y colocación y determinar la elegibilidad para la vivienda y los servicios.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, ENTIENDO LO SIGUIENTE:

- **Este consentimiento vencerá el [poner la fecha]_____.**
Este consentimiento no tiene validez si no se incluye una fecha de vencimiento.
- El retrato mío en una fotografía será visible para todas las Agencias asociadas y sus agentes y representantes autorizados. La fotografía puede ser recortada o editada según sea necesario.
- Cada una de las Agencias asociadas y cada uno de sus agentes y representantes autorizados ha firmado acuerdos para mantener la seguridad y confidencialidad de mi información. Tengo derecho a revisar todas las políticas de confidencialidad que procedan y los acuerdos que se han firmado.
- **Entiendo que puedo rehusarme a firmar este consentimiento.** Dicha decisión no afectará mi elegibilidad para recibir ayudas o servicios, ni mis posibilidades de recibir tratamiento o pagos. Además, el dar consentimiento para que se divulgue mi información no garantiza que recibiré los servicios, y el no dar consentimiento no me inhabilita para poder recibirlos. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarlo a la dirección que aparece a continuación. Este consentimiento puede ser revocado verbalmente para los expedientes relacionados con el alcohol/las drogas o tratamiento psiquiátrico.

Bitfocus, Inc. ATTN: SCC HMIS
5940 S. Rainbow Blvd., Ste 400
#60866 Las Vegas, NV 89118-2507

- Si revoco este consentimiento, la revocación surtirá efecto a partir del momento en que se reciba. Esto no afectará ninguna medida que se haya tomado en función de este consentimiento.
- Mi información PPI y la PHI están protegidas por las normativas federales, estatales y locales que rigen en materia de confidencialidad de los expedientes de los clientes. Mi información no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito, salvo que la normativa disponga lo contrario.
- Los auditores y patrocinadores con derecho legal a revisar o supervisar la labor de una o más Agencias asociadas, incluyendo el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EEUU, pueden ver mi información PPI como parte de sus funciones habituales de trabajo.
- Bitfocus actúa como administrador del sistema SCC HMIS y como proveedor de software de Clarity. Los agentes y representantes autorizados de Bitfocus que trabajan en SCC HMIS, pueden ver mi información siempre y cuando esto sea parte de sus funciones habituales de trabajo.
- Las Agencias asociadas y sus agentes y representantes autorizados quienes usan el sistema SCC HMIS para investigar y redactar informes han firmado acuerdos para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información del cliente.
- Entiendo que los expedientes médicos de VIH/SIDA, salud mental, farmacodependencia y alcoholismo están protegidos por varias regulaciones federales y estatales, incluyendo el Código de Bienestar e Instituciones de California sección 5328, la Ley de Confidencialidad de Información Médica, el Código Civil de California Sección 56.10 (CMIA, por sus siglas

en inglés), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud, 45 C.F.R., Partes 160 y 164 (HIPAA), y la normativa federal que regula la confidencialidad de los expedientes de los pacientes farmacodependientes, 42 C.F.R., Parte 2. La información de dichos tipos de expedientes no se puede revelar a menos que se obtenga de mi parte un consentimiento para tal efecto o a menos que la ley lo permita.

- De conformidad con la presente, doy mi autorización específica para la divulgación de este tipo de información y para que los destinatarios anteriormente mencionados divulguen dicha información con el fin de poder evaluar mis necesidades de vivienda, asesoramiento, alimentación, ayuda con el pago de recibos u otros servicios como parte de la labor de CoC y HMIS.

[Las firmas en la siguiente página]

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Firma del paciente/cliente o representante:

Si la persona que firma no es el paciente/cliente, indique el parentesco con él o ella:

Nombre en letra de molde:

LA SIGUIENTE SECCIÓN SE REQUIERE SOLAMENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE LOS CLIENTES QUE RECIBEN SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL DEL CONDADO, O COMO SE INDIQUE EN LA SECCIÓN 5328 DEL CÓDIGO DE BIENESTAR E INSTITUCIONES DE CALIFORNIA:

- Autorizo la divulgación de la información solicitada.
- No autorizo a la divulgación de la información solicitada.

Firma del personal autorizado de salud mental:

Nombre/Cargo:
