Sistema de Manejo de Información para Personas sin Hogar de Colorado
Consentimiento del Cliente Informado / Autorización para Revelar Información
Fecha Efectiva: 1 de Septiembre de 2009

Este aviso explica cómo la información sobre usted puede ser utilizada y compartida. También le dice cómo usted puede tener acceso a su información. Por favor lea cuidadosamente.

¿Que es el Sistema de Manejo de Información de Personas sin Hogar de Colorado (HMIS)?

(Nombre de la Agencia) colectara información sobre usted y su familia para brindarles servicios. Pedimos su permiso para utilizar esta información para el sistema de manejo de información sin hogar de Colorado (Colorado HMIS).

Lo que necesita saber antes de firmar:

◆ **¿Que Información sobre usted será recolectada?**

Se le preguntara lo siguiente:

- Su Nombre
- Su numero de Seguro Social
- Su fecha de nacimiento
- Su Sexo
- Su Raza
- Su Estad Civil
- Sus miembros de Familia
- Su numero de teléfono
- Su estado Militar
- Si tiene o n discapacidad
- Su dirección
- Su tipo de vivienda
- Su estado de desamparado
- Razones por no tener hogar
- Ingresos
- Información de empleo
- Su habilidad laboral
- Información Médica, salud mental, abuso de sustancias y estado de embarazo.
- Antecedentes de violencia domestica
- Servicios necesarios y provistos, y
- Resultados de los servicios provistos.

◆ **¿Porque se recolecta esta Información?**

- Para poder determinar mejor sus necesidades y las necesidades de los demás;
- Para rastrear si sus necesidades fueron cubiertas;
- Para mejorar los servicios prestados;
- Para contar la cantidad de personas que están sin hogar;
- Para contar la cantidad de personas que están dentro de nuestro programa;
- Para saber cuales servicios son prestados y cuales se necesitan;
- Para mantener informadas a las agencias que nos patrocinan;
- Para obtener nuevos programas con fondos que sirven de ayuda a personas sin hogar o que están en riesgo de perderlo;
- Con fines de investigación acerca de la falta de vivienda.

◆ **¿Que sucederá con su información de usted acceder a participar?**

- Su información recibe un código especial para ayudarnos a identificarle de forma inequívoca.
- Protecciones de seguridad son puestas en vigencia para mantener su información segura.
- Solamente la agencia que inscribe la información y a los administradores de sistema puede considerar su información.
- Estamos requeridos a proteger la privacidad de su información personal de identificación. Podemos utilizar o divulgar su información para evaluar los servicios necesarios, para afectar el orden público y para entender la población que esta sin hogar y en peligro. Su información personal **no** se proporciona a la agencia de gobierno federal.
- Su información no será utilizada para ningún otro propósito sin su consentimiento escrito.
- Su información será guardada por un mínimo de siete (7) años después de que usted termine de recibir servicios.

◆ **¿Cuales son los Riesgos?**

Si bien se han tomado precauciones para mantener la privacidad de su información, es imposible garantizar la absoluta seguridad de los datos contenidos en sus registros.

◆ **Usted no esta en la obligación de participar**, y usted no será negado de los servicios de optar por no participar en el programa de colorado HIMS, pero puede haber algunos programas que requieran de su participación en Colorado HMIS.

◆ **Por Ley, nosotros debemos** proteger la privacidad de su información, decirles cuales son sus derechos, y decirle sobre como mantenemos su información en privado.

◆ **Excepciones; Por ley**, estamos requeridos a reportar una situación con riesgo de muerte a usted u otros, y/o cualquier sospecha de abuso infantil o negligencia.

◆ **¿Cuales son sus derechos?**

- Tiene derecho a recibir servicios aunque haya decidido NO participar pero puede haber algunos programas que requerirían su participación en Colorado HMIS
- Tiene el derecho a pedir información sobre quien ha visto sus datos.
- Puede cancelar este acuerdo en cualquier momento y su información no será incluida en el programa Colorado HMIS.
- Tiene derecho de ver su información y hacer cambios si no está correcta.
- Tiene derecho de presentar una queja si usted considera que sus s derechos de privacidad han sido violados. Envíe esta queja por escrito a: Colorado Coalition for the Homeless, Atención: Quality Assurance Department, Denver, Colorado, 80205. No será tomada ninguna represalia en su contra si presenta una queja.

Como Contactarnos:

Si tiene preguntas acerca de el Sistema e Información General par las personas sin Hogar de Colorado, o si tiene preguntas acerca de sus derechos que no puedan ser contestadas por la agencia que le ha prestado los servicios, favor llamar a: Colorado Coalition for the Homeless al numero: 303-312-9833. Nuestras horas de oficina son de Lunes a Viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Puede dejar un mensaje después de horas de oficina.

Sistema de Manejo de Información para personas sin Hogar de Colorado
Consentimiento del Cliente Informado / Autorización para Revelar Información

La agencia de Servicio me ha explicado que han de obtener información sobre mi o de mi familia para así poderme proveer con el mejor servicio posible. Esta forma explica mis opciones y derechos con respecto a mi participación en el sistema de personas sin hogar de Colorado (HMIS).

Coloque sus iniciales al lado de las declaraciones que usted entiende y esta en acuerdo:

- _____ Entiendo que este consentimiento por escrito permite que la agencia entre, considere, y actualice información sobre mi familia y sobre mí en Colorado HMIS.

- _____ Entiendo que la confidencialidad de mis expedientes es protegida por la ley. Entiendo que la agencia de servicio nunca dará la información sobre mí a cualquier persona fuera de la agencia sin mi consentimiento por escrito o según lo exija la ley.

- _____ Entiendo que puedo someter por escrito una petición para retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que mi información será quitada del Colorado HMIS.

- _____ Entiendo que tengo derecho a ver mi información, pedir cambios, y obtener una copia por escrito de dicha información de la agencia de servicio.

- _____ Entiendo que la información en este sistema no será utilizada para negarme de servicios tales como Asistencia de Emergencia, "Outreach", Abrigo, asistencia para la vivienda.

- _____ Entiendo que todavía puedo recibir servicios aun cuando no le permita a la agencia de servicio a incluir mi información en Colorado HMIS y que algunos programas están exentos y pueden requerir la participación de HMIS para poder recibir servicios.

- _____ Entiendo que este lanzamiento es valido por un mínimo de siete (7) años después de la ultima vez que recibí servicios por parte de la agencia.

Esta liberación aplica a (Nombre en letra impresa y su relación con el jefe de familia):	(Uso de la Agencia – Numero de PIN e ID del cliente)
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

_____ Firma del Cliente/Guardián Fecha

_____ firma del testigo de la Agencia Fecha