



*Continuum of Care FL-507 | Red de servicios para personas sin hogar de la Florida central
Consentimiento y autorización del cliente para compartir información personal en el Sistema HMIS.*

Este documento explica cómo se usará y compartirá su información, también cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor lealo cuidadosamente y si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre este formulario, comuníquese con el administrador del sistema a través Homeless Services Network (HMIS) llamando al (407-893-0133 x640) o enviando una reclamación a nuestro sitio web (<https://hmisfl.org>).

1. Para satisfacer mejor sus necesidades, nosotros en: _____ usaremos y/o compartiremos la información que se recopile sobre usted para así determinar su elegibilidad, diseñando un plan de acción que se ajuste a sus necesidades, monitoreando su progreso y el cumplimiento de los términos del programa, vivienda y otros servicios.
2. La información existente en sus registros de casos con cualquier otra agencia se considera confidencial y privada y la misma no puede ser intercambiada y/o compartida sin su consentimiento por escrito, o que la ley así lo autorice. Por favor entienda, que el acceso al programa, a viviendas y servicios está disponible teniendo en cuenta su consentimiento para compartir la información. Sin embargo, compartir información con otras agencias de servicios es un componente indispensable para proporcionar la vivienda y los servicios más efectivos posibles.
3. **Entiendo que:**
 - a. Esta Agencia no puede negarse a servirme simplemente porque no quiero que mi información se comparta con otras agencias de servicio.
 - b. Este formulario autoriza específicamente el uso de información sobre mí en investigaciones realizadas utilizando la información guardada en el sistema de datos de HSN HMIS. No se me identificará personalmente por nombre, número de seguro social o cualquier otra característica única en publicación para reportes de investigación. El tipo de investigación que se llevará a cabo utilizando esta información incluye informes sobre el número y características de las personas que utilizan diferentes tipos de servicios, la efectividad de los servicios y los cambios en los patrones a lo largo del tiempo.
 - c. Doy mi autorización a que HSN HMIS comparta mi información personal, incluyendo los registros ingresados previamente en el Sistema de HSN HMIS y ser compartidos entre las agencias asociadas a HSN HMIS. Esto puede incluir, entre otros, mi fotografía, información con respecto a mi historial educativo, antecedentes laborales, ingresos, elegibilidad y participación en el programa, además de un historial personal. El propósito de compartir información es ayudar a las agencias en las cuales busco servicios, a obtener información sobre mí más rápido, para ayudarme con la administración de mi caso y para conectarme rápidamente con los servicios que necesito.
 - d. Las agencias que se unan a HSN HMIS después de firmar este consentimiento, también tendrán acceso a la información que autorizo para compartir datos. Esta Agencia debe hacer ajustes razonables para permitirme ver la lista actualizada de agencias asociadas a HSN HMIS.
 - e. Tengo el derecho de inspeccionar, copiar y solicitar todos los registros mantenidos por una agencia, relacionados con la disposición de los servicios prestados por una agencia hacia mí y para recibir una copia de este formulario a menos que la ley federal o estatal lo niegue específicamente. Mis registros están protegidos por regulaciones federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros personales y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que la ley autorice lo contrario. Entiendo que esta versión es válida por tres años a partir de la fecha en que firmo este documento. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento verbalmente o por solicitud escrita, pero la cancelación no será retroactiva.

Doy mi consentimiento para el intercambio de información a través de HSN HMIS: Sí No

He leído este documento o me lo leyeron y / o me explicaron y entiendo completamente. Estoy de acuerdo con los términos de este documento.

Nombre y firma del tutor: _____ (Imprima) _____ (Firma) _____ (Fecha)	Nombre y firma del testigo: _____ (Imprima) _____ (Firma) _____ (Fecha)
---	---