



*Continuum of Care FL-507 | Red de servicios para personas sin hogar de Florida Central  
Consentimiento informado del cliente y autorización para la divulgación de información en HMIS*

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre este formulario, comuníquese con los administradores del sistema CoC a través de la mesa de ayuda de CoC HMIS enviando un ticket en nuestro sitio web (<https://hmiscfl.org>).**

1. Para atender mejor sus necesidades, desarrollar planes significativos de administración de casos, determinar su elegibilidad continua para los servicios y documentar la prestación de servicios, el Continuum of Care (CoC) necesita intercambiar, compartir y/o divulgar datos, información o registros que puedan recopilar sobre usted con otras agencias miembro de CoC.
2. La información contenida en sus registros HMIS con cualquier agencia se considera confidencial y privilegiada y no se puede intercambiar, compartir o divulgar sin su expreso e informado, excepto cuando la ley autorice lo contrario. Por favor, comprenda que el acceso a refugio, vivienda y servicios está disponible sin su consentimiento para la divulgación de la información. Sin embargo, su consentimiento para compartir información con otras agencias de servicios es un componente fundamental de la capacidad de nuestra comunidad para brindar los servicios y la vivienda más efectivos posibles.
3. Entiendo que:
  - a) Las agencias miembro de CoC no negarse a prestarme servicios simplemente porque no quiero que mi información se comparta con otras agencias de servicios.
  - b) Las agencias que se unan al CoC HMIS después de que firme este consentimiento/autorización también tendrán acceso a la información personal que autorice para compartir datos. Todas las agencias de CoC deben hacer adaptaciones razonables para permitirme ver la lista actualizada de agencias.
  - c) Tengo derecho a inspeccionar, copiar y solicitar todos los registros mantenidos por una agencia en relación con la prestación de los servicios que me brinda una agencia y a recibir una copia de este formulario, a menos que se deniegue específicamente en virtud de la ley federal o estatal.
  - d) Mis registros están protegidos por las normas federales, estatales y locales que rigen la confidencialidad de los registros de los clientes y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley lo autorice de otra manera.
  - e) Esta autorización es válida por tres años a partir de la fecha en que firmo este documento. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante solicitud por escrito.
  - f) Cualquier cancelación de este consentimiento no cambiará retroactivamente la información que ya se haya divulgado o las acciones ya realizadas bajo su autorización previa.

**Doy mi consentimiento para el intercambio de mi información y la de mis hijos menores (si corresponde, como se indica a continuación), a través del CoC HMIS:**

Sí  No

He leído este documento o fue leído y/o explicado a yo y entiendo completamente y estoy de acuerdo con los términos de este documento.

<p><b>Nombre y Firma del Cliente:</b></p> <p>_____</p> <p>(Letra de imprenta)</p> <p>_____</p> <p>(Firma)</p>	<p><b>Nombre y firma del testigo:</b></p> <p>_____</p> <p>(letra de imprenta)</p> <p>_____</p> <p>(Firma)</p>
(Fecha)	(Fecha)

Hijos menores (si corresponde):

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_