

**Continuum of Care FL-507 | Homeless Services Network of Central Florida**  
**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 más información sobre este formulario, comuníquese con los administradores del sistema de CoC a través del servicio de asistencia de CoC HMIS enviando un ticket en nuestro sitio web (<https://hmisfl.org>).**

1. Con el fin de satisfacer 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 miembros de CoC.
2. La información contenida en sus registros de HMIS con cualquier Agencia se considera confidencial y privilegiada y no puede intercambiarse, compartirse y / o divulgarse sin su consentimiento 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 crítico de la capacidad de nuestra comunidad para proporcionar los servicios y la vivienda más efectivos posibles.
3. Lo entiendo:
  - a) Las agencias miembros de CoC no pueden negarse a servirme 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 autorizo para compartir datos. Todas las agencias de CoC deben hacer adaptaciones razonables para permitirme ver la lista actualizada de agencias asociadas de CoC HMIS.
  - c) Tengo el derecho de inspeccionar, copiar y solicitar todos los registros mantenidos por una Agencia relacionados con la prestación de servicios proporcionados por una Agencia a mí y recibir una copia de este formulario a menos que se niegue específicamente bajo la ley federal o estatal.
  - d) Mis registros están protegidos por las regulaciones 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 autorice lo contrario.
  - 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 ha divulgado o las acciones ya tomadas bajo su autorización previa.

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

Sí  No

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

Nombre y firma del cliente	Nombre y firma del testigo
<hr/> (Imprimir)	<hr/> (Imprimir)
<hr/> (Firma)	<hr/> (Firma)
<hr/> (Fecha)	<hr/> (Fecha)

Niños menores (si los hay):

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de SSN: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de SSN: \_\_\_\_\_