



## HMIS de Wisconsin y el norte de Illinois Consentimiento informado del cliente y Divulgación de información

### PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA PROTEGER LOS SERVICIOS NECESARIOS *Por favor, lea el siguiente aviso y autorización (o pida que se lo lean) antes de firmar.*

Esta agencia \_\_\_\_\_ participa en el Sistema de Gestión e Información de Personas sin Hogar. Las agencias que participan en el HMIS de Wisconsin y el norte de Illinois pertenecen a una red basada en Internet. Esta red es administrada por el Instituto de Alianzas Comunitarias (ICA). El nombre del proveedor de software que desarrolló y mantiene el software se llama Bitfocus. El nombre del software que almacena estos datos es Clarity Human Services.

<b>Beneficios del intercambio de datos para el consumidor</b>	
Elimina las ingestas duplicadas	Acceso más rápido al Sistema de Entrada Coordinado, lo que resulta en una recepción de servicios más rápida
Reduce la cantidad de tiempo dedicado a responder preguntas básicas sobre su situación	Permite a las agencias centrarse en satisfacer sus necesidades de servicio únicas
Reduce la cantidad de veces que tienes que contar tu historia a los proveedores de servicios	Múltiples servicios se pueden coordinar y optimizar fácilmente

*\*Bitfocus garantiza la seguridad de su sistema. Consulte a continuación información detallada sobre las medidas de seguridad.*

Debido a que esta red está compuesta por muchos proveedores de servicios, usted tiene la opción de compartir su información con otros proveedores de servicios de los que podría estar buscando servicios. Su identidad e información recopilada en el HMIS se compartirán, con su consentimiento por escrito, en la red y con los socios de la red que tengan acuerdos por escrito con ICA. HMIS incluye su información demográfica y otra información personal esencial necesaria para determinar mejor sus necesidades de servicio.

El programa de software utilizado para este propósito tiene protocolos de seguridad estándar de la industria y se actualiza regularmente para cumplir con estos requisitos de seguridad. La información que proporcione solo se compartirá con esta agencia, la red, los socios de la red y el personal limitado del Instituto de Alianzas Comunitarias. La información de identificación personal no se compartirá con ningún departamento estatal o federal con el fin de determinar su elegibilidad en otros programas estatales o federales (por ejemplo, Food Share). La información recopilada se aloja en un servidor seguro propiedad de Bitfocus y alojado por Bitfocus en varias zonas de disponibilidad exclusivas de EE. UU. El personal limitado de Bitfocus tiene acceso a este servidor y a los datos con fines de soporte y mantenimiento de la red. Los datos recopilados para la red se mantendrán durante al menos siete años a partir de la última fecha de servicio.

*Se puede acceder a la lista de agencias participantes en la red y a los socios de la red en el sitio web de ICA aquí, <https://icawisconsin.helpscoutdocs.com/article/121-hmis-participating-agencies>. Esta lista puede cambiar.*

**Tenga en cuenta que si otorga permiso para que se comparta su información, ese acuerdo estará en vigencia hasta que lo revoque por escrito. Puede finalizar su acuerdo por escrito y su información personal y de servicio ya no se compartirá a partir de esa fecha en adelante. Si no da permiso para que esta agencia divulgue su información, ninguna otra agencia de la red o socio de la red tendrá acceso a ella.**

Mantener la privacidad y la seguridad de quienes utilizan nuestros servicios es muy importante. Su registro solo se compartirá si usted da permiso. No se le pueden negar servicios para los que de otro modo calificaría si decide no compartir información. Sin embargo, incluso si decide no compartir su información con otras agencias, las regulaciones federales y estatales pueden requerir una recopilación de datos limitada para fines de financiamiento.



## HMIS de Wisconsin y el norte de Illinois Consentimiento informado del cliente y Divulgación de información

### Tipo de información a compartir:

- Información de identificación personal: nombre (nombre, segundo nombre y apellido), número de seguro social, fecha de nacimiento, sexo, raza, etnia, información de última residencia, estado militar
- Específico del programa: inscripciones en el programa, evaluaciones, servicios, notas de casos, referencias, archivos adjuntos

### \*Por favor, indique su elección con respecto al intercambio de datos\*

- **Opción 1:**  Consentimiento verbal

\_\_\_\_\_ By de poner mis iniciales aquí, acepto compartir mi información y la de mi hijo/s especificada anteriormente y coordinar los servicios con todas las agencias participantes en la red y los socios de la red.

- **Opción 2:**  Consentimiento verbal

\_\_\_\_\_ By de poner mis iniciales aquí, acepto compartir mi información especificada y la de mi hijo/s, *excepto* la información que se identifica a continuación. No quiero compartir mi identidad y la de mi hijo/s:

- |   |  |                                      |                          |
|---|--|--------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inscripciones en el programa | <input type="checkbox"/> Evaluaciones      |                                      |                          |
| <input type="checkbox"/> Servicios                    | <input type="checkbox"/> Notas del caso    |                                      |                          |
| <input type="checkbox"/> Referencias                  | <input type="checkbox"/> Archivos adjuntos | <input type="checkbox"/> Referencias | <input type="checkbox"/> |

Archivos adjuntos

- **Opción 3:**  Consentimiento verbal

\_\_\_\_\_ By de poner mis iniciales aquí, acepto que no quiero compartir mi información y la de mi hijo/s especificada anteriormente y coordinar los servicios con otras agencias/socios de la red.

**Entiendo que firmar a continuación se relaciona solo con el intercambio de datos dentro del HMIS y no garantiza que recibiré asistencia. Alternativamente, entiendo que NO se me negarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento para compartir datos.**

Nombre del impresor: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Adulto #2 Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Adulto #2 Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo de la agencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consentimiento verbal obtenido por teléfono (iniciales del personal de la agencia): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_