



**El HMIS/CMIS de NW Social Service Connections
Consentimiento del Cliente para Divulgación de Información para Compartir Datos en el
Condado de Multnomah**

El Sistema de información de Gestión de Personas sin hogar y el Sistema de Información de Gestión de Clientes (HMIS/CMIS por sus siglas en inglés) de Northwest Social Service Connections es un sistema computarizado que es utilizado para recopilar y compartir información acerca de personas sin hogar y servicios sociales a través del Condado de Multnomah. La información recopilada por HMIS/CMIS le permite a agencias planear y prestar servicios a personas en necesidad. Al compartir información el uno con el otro, agencias pueden simplificar la prestación de servicios coordinando servicios y referidos entre agencias.

Mantener la privacidad y seguridad de aquellos utilizando nuestros servicios es muy importante para nosotros. El HMIS/CMIS funciona conforme a todos los códigos y leyes Federales y Estatales, incluyendo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés). Cada persona y agencia que está autorizada para leer e ingresar información en nuestra base de datos ha sido entrenada en políticas de confidencialidad del cliente y ha firmado un acuerdo para mantener la seguridad y la confidencialidad de la información. Cualquier persona o agencia que se encuentre en violación de este acuerdo, va a tener sus derechos de acceso terminados y puede ser sujeto a otras sanciones.

No se le negaran servicios si usted decide no compartir información. Información aún será recopilada e ingresada debido a nuestros requerimientos federales y estatales. **Cierta información mínima es compartida a través de nuestros HMIS/CMIS para evitar crear duplicados de clientes en nuestros registros.** Personas autorizadas de HMIS/CMIS de agencias comunitarias participantes podrán ver los siguientes elementos de datos de todos los registros de los clientes:

- Primer Nombre
- Apellido
- Fecha de Nacimiento
- Estatus de Veterano
- Género
- Número de Seguro Social (requerido para servicios específicos)

Por favor lea las siguientes declaraciones y consulte con el personal de su agencia si usted tiene alguna pregunta:

ENTIENDO QUE:

- No se me negarán servicios si me niego a compartir datos más allá de los mínimos requeridos.
- La publicación de mi información no garantiza que recibiré asistencia.
- Las agencias socias compartirán mi información de identificación básica (nombre, fecha de nacimiento, estatus de veterano, género, número de seguro social) para poder mejorar la prestación de servicios y reducir la duplicación de datos.
- Cualquiera de los detalles acerca de los programas en los que participo o la información que he compartido con personal de esta agencia no será revelado a terceros a menos de que yo lo haya autorizado por escrito o sea requerido por la ley. Nosotros aún debemos reportar cierta información debido a los requisitos federales, estatales o de financiamiento.
- Esta autorización mantendrá en efecto por siete años a menos de que yo la revoque por escrito firmando una declaración o un Formulario de Revocación.



- Entiendo que puedo cancelar mi consentimiento de compartir datos en cualquier momento. Sin embargo, el hacerlo no cambiará la información que ya se ha dado o que acción ha sido tomada. La revocación toma efecto a partir de ese momento.
- Tengo el derecho de ver mi registro de HMIS/CMIS, pedir cambios y pedir una copia de mi registro de esta agencia pedida por escrito.
- Tengo el derecho a presentar una queja si yo siento que he sido lastimado de alguna forma por el uso del HMIS/CMIS.
- Tengo el derecho de recibir una copia del Aviso de HMIS/CMIS a los Clientes de Usos y Divulgaciones.

Mantener la privacidad y la seguridad de aquellos usando nuestros servicios es muy importante para nosotros. Su registro sólo será compartido si usted nos da permiso de hacerlo. Puede que haya riesgos y/o beneficios que usted debe considerar para decidir darnos o no su consentimiento para divulgar información.

Escribiendo sus iniciales en la parte inferior usted está de acuerdo en compartir el siguiente nivel de información de usted y todos los miembros de su hogar indicados a continuación con otras agencias asociadas del HMIS/CMIS de Northwest Social Service Connections:

_____ 1) Además de los elementos de datos mínimos requeridos (nombre, fecha de nacimiento, estatus de veterano, género, número de seguro social) estoy de acuerdo en compartir información demográfica adicional (incluyendo raza y etnicidad), información de inscripción y salida del programa, información sobre la naturaleza de mi situación, servicios y las referencias que recibo y la información de contacto a través del HMIS/CMIS de Northwest Social Service Connections con otras agencias asociadas con el HMIS/CMIS de Northwest Social Service Connections.

_____ 2) Más allá de los elementos de datos mínimos requeridos (nombre, fecha de nacimiento, estatus de veterano, género, número de seguro social), **YO NO estoy de acuerdo en compartir** información adicional a través del HMIS/CMIS de Northwest Social Service Connections con otras agencias asociadas con el HMIS/CMIS de Northwest Social Service Connections.

Por favor escriba los nombres y las fechas de nacimiento de todos los miembros de su hogar participando en servicios:

Nombre del Cliente/padre o guardián legal(favor escribir) Firma del Cliente/padre o guardián legal Fecha

Nombre de Personal de la Agencia (favor escribir) Firma de Personal de la Agencia Fecha
09/06/2017