# DIVULGACIÓN UNIVERSAL DE INFORMACIÓNDEL HMIS DEL DISTRITO DE COLUMBIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellido del participante: | Nombre del participante : | Inicial del segundo nombre del participante: |
| Organización que completa la evaluación: | Fecha de nacimiento del participante: | Número del Seguro Social del participante: |

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de información médica protegida e información de identificación personal sobre la persona nombrada anteriormente.

Yo soy:

* La persona nombrada anteriormente.
* Un representante personal porque el paciente es menor de edad, está incapacitado o ha fallecido (complete la sección "Firma del representante personal" a continuación).

**Beneficios de compartir su información**

* Compartir puede reducir el tiempo de admisión cuando visita a un nuevo proveedor.
* Compartir permite a las agencias centrarse en satisfacer sus necesidades únicas más rápidamente.
* Compartir hace que sea más fácil para múltiples agencias coordinar la vivienda y los servicios para usted o su familia.

**Información que se puede compartir**

* **Información de identificación personal (PII):** Información de la familia/grupo familiar, nombre, fecha de nacimiento, Número del Seguro Social, sexo y raza/etnia.
* **Información médica protegida (PHI):** Antecedentes de violencia doméstica, información de salud, incluidos diagnósticos y tratamiento de afecciones de salud física y conductual (solo para fines de la CAHP).
* **Otra información:** Razones para buscar servicios, situación de vida e historial de vivienda, servicios que recibe, si no tiene hogar o no, sus ingresos y fuentes de ingresos, beneficios públicos que recibe, antecedentes educativos, información de empleo, historial militar, plan de estabilidad de vivienda.

**Marque todas las opciones que correspondan:**

* **COMPARTIR: Doy mi consentimiento para que la información recopilada sobre mí se comparta a través del HMIS del DC con otras organizaciones para mejorar los servicios que me prestan y los servicios que se ofrecen a otros. Estas organizaciones pueden cambiar de vez en cuando.** Se puede encontrar una lista de estas organizaciones en community-partnership.org.
* **NO COMPARTIR: *No* quiero que *mi PHI u "Otra información" (descrita anteriormente)* en el HMIS del DC se comparta con ningún otro proveedor de servicios/organización. Entiendo que no compartir mi información puede afectar la capacidad de identificar servicios para mí de manera rápida y adecuada.**

**Cuando firma este formulario, demuestra que comprende lo siguiente.**

* + ***No* le negaremos la ayuda si no desea que compartamos su información personal. Al mismo tiempo, compartir datos no garantiza que recibirá asistencia.**
	+ **Si nos permite compartir su información, este consentimiento es válido hasta que usted lo cancele.**
	+ **Si nos permite compartir su información, puede cambiar de opinión y cancelar este consentimiento en cualquier momento** escribiendo a The Community Partnership for the Prevention of Homelessness, en 14 Kennedy Street, NW Washington, D.C. 20011. **Si cancela este consentimiento, su información cubierta en este comunicado ya no se compartirá.**

Si revoca esta autorización, no se aplicará a la información que ya haya sido utilizada o divulgada.

* + Si tiene alguna pregunta sobre cualquier tema en este formulario, o cómo completarlo, envíe un correo electrónico a The Community Partnership for the Prevention of Homelessness, al hmis@community-partnership.org.
* **Trate la información sobre mis hijos de 17 años o menos de la misma manera que la mía.**
* **Consentimiento verbal obtenido por teléfono (actualización del HMIS)**

# FIRMA DEL PARTICIPANTE O TUTOR FECHA

**FIRMA DEL TESTIGO DE LA ORGANIZACIÓN FECHA**

Firma del representante personal (si corresponde)

Firma Fecha (obligatorio)

Relación con el individuo (obligatorio):

Es posible que se le pida que nos proporcione el documento legal pertinente que le otorgue autoridad legal para actuar en nombre de la persona en la toma de decisiones relacionadas con la atención médica.

AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la ley federal o estatal. Si los registros están protegidos por las regulaciones federales sobre la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas (título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR], parte 2), se le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita el título 42 del CFR, parte 2. Una autorización general para la divulgación de la información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas.