

## Consentimiento informado del HMIS y autorización de revelación de información

Nuestra agencia usa una base de datos segura conocida como Sistema de información de administración de personas sin vivienda (Homeless Management Information System, HMIS) para recopilar y rastrear toda la información significativa relacionada con nuestros clientes. Cualquier información personal recopilada se usa para mejorar el acceso y la coordinación de los servicios disponibles dentro de nuestra comunidad y cumplir los requisitos dictados por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (U.S. Department of Housing and Urban Development, HUD).

Firmando este formulario, doy permiso a esta agencia para compartir toda la información sobre mí o mis dependientes (si corresponde) con agencias asociadas que usan el HMIS en el área de Memphis/Condado de Shelby, O con fines de servicios coordinados, como:

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Raza
- Origen étnico
- Número de Seguro Social
- Número de teléfono
- Dirección
- Inscripciones y evaluaciones del programa
- Información de vivienda
- Uso de servicios de crisis, hospitales y cárceles
- Historia médica, de salud mental y de abuso de sustancias pertinente
- Empleo, ingresos, seguro y cualquier beneficio recibido
- Notas de casos y servicios prestados por agencias asociadas
- Información de emergencia de salud pública (p. ej., información de evaluación del COVID-19)

### **Firmando este formulario, reconozco mis derechos como participante del HMIS:**

- Tengo derecho a una copia de este formulario de autorización.
- Puedo revocar esta autorización, en cualquier momento, entregando o enviando por correo una declaración escrita cancelando mi consentimiento a esta agencia. Revocar mi revelación *no* eliminará ninguna información compartida en el HMIS mientras mi revelación estuviera vigente; la revocación solo se aplica a cualquier información adicional escrita a partir de la fecha en que se revocó la revelación.
- Entiendo que, a mi solicitud, esta agencia debe darme una lista de las agencias asociadas actuales que participan en el HMIS, con las que se comparte mi información.
- Soy consciente de que esta revelación no es una lista exhaustiva de cómo se puede compartir mi información y que hay más orientación disponible en el Aviso de privacidad del programa de Continuidad de la atención (Continuum of Care), que cumple esta agencia; y me remitieron al aviso de privacidad ya sea en copia impresa o en línea.

### **Firmando este formulario, reconozco que esta agencia se dedica a proteger toda la información de identificación personal compartida a través de los siguientes medios:**

- Acceso de inicio de sesión que se basa en requisitos de autenticación multifactor y autenticación de dos factores (2FA) para todos los usuarios finales.
- Aplicación de políticas de contraseñas, incluyendo la complejidad de las contraseñas, el número máximo de intentos de inicio de sesión, la recuperación de autoservicio y otras configuraciones de contraseñas.

- Cifrado del sistema: de forma predeterminada, el tráfico del HMIS está cifrado con SSL de 2048 bits en tránsito y en reposo. Todo el tráfico API (p. ej., visualizaciones de datos) está además cifrado con AES.
- Cumplimiento garantizado de los criterios establecidos en la regla propuesta del HMIS y el Aviso de normas técnicas y de datos de 2004 (disponible en línea).
- Cumplimiento continuo del HMIS de las reglamentaciones relacionadas con el HUD, incluyendo la confidencialidad federal y estatal, y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

***IMPORTANTE:*** Para garantizar la seguridad de nuestros clientes, no escribimos ninguna información de identificación personal en el HMIS para clientes que están: 1) en una agencia de violencia doméstica; 2) actualmente huyendo o en peligro de una situación de violencia doméstica, incluyendo violencia en el noviazgo, agresión sexual, acecho u otra situación calificada. **Si alguna de las situaciones anteriores se aplica a usted, NO FIRME ESTE FORMULARIO.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente Firma                      Fecha

\_\_\_\_\_  
(Dependiente menor de 18 años,  
nombre y apellido en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Dependiente menor de 18 años, nombre y apellido  
en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Dependiente menor de 18 años,  
nombre y apellido en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
(Dependiente menor de 18 años, nombre y apellido  
en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Staff Name (Print) / Nombre del personal (en  
letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Staff Signature / Firma del personal    Date /Fecha