



FAMILIA CON HIJOS MENORES
ÍNDICE DE VULNERABILIDAD Y HERRAMIENTA PARA LA ASISTENCIA EN LA
TOMA DE DECISIONES PARA PRIORIZAR LOS SERVICIOS VI-F-SPDAT VERSIÓN 2.0

INSTRUCCIONES PARA EL PERSONAL:

- Consulte HMIS para ver si el grupo familiar ya fue remitido a la Lista de prioridades de vivienda correspondiente.
 - Si respondió Sí, actualice la información en la pestaña Evaluaciones en el perfil de la cabeza de la familia, incluyendo, entre otros, información sobre la determinación de situación crónica de falta de casa, información de discapacidades e información de contacto del cliente.
 - Si no es así, verifique si el grupo familiar completó un VI-F-SPDAT v2.0.
 - Si respondió Sí, actualice la información crítica en la pestaña Evaluaciones y haga una remisión a la lista de prioridades apropiada. Complete otro VI-F-SPDAT únicamente si hay un cambio de vida relevante. Un cambio de vida relevante incluye: cambio en los miembros del grupo familiar, cambio en los diagnósticos de salud, otras interacciones con servicios de emergencia (suficiente para cambiar la puntuación de la evaluación).
 - Si no ha sido remitida, complete el VI-F-SPDAT v2.0.

- Revise cuidadosamente cada uno de los puntos de abajo con los participantes, ayudándolos a entender qué es la Evaluación:
 - Revise la Revelación de información de HMIS y la Revelación de información de la Entrada coordinada.
 - Informe a los participantes que la evaluación incluye una serie de preguntas. El propósito de estas preguntas es determinar el orden en que las personas pueden ser contactadas para recibir unidades de vivienda con o sin servicios de apoyo. Debería tomar de 10 a 20 minutos.
 - Enfatique que aunque complete esta evaluación y se coloque en la Lista de espera para vivienda del Condado de Dane, esto no garantiza la vivienda. Asegúrese de que los participantes entiendan que es muy importante que continúen tratando de obtener vivienda por otros medios, y que no esperen a que posiblemente se le asigne vivienda solo por esta lista.
 - Explique que esta Evaluación no es como una solicitud de vivienda normal, es decir, no hay nada a lo que puedan decir “sí” que afecte sus oportunidades de obtener vivienda.
 - Haga saber a los participantes que algunas de las preguntas son de naturaleza sensible y pueden ser difíciles. Infórmeles que esta evaluación se enfoca en la vulnerabilidad, de modo que hasta donde se consideren capaces, anímelos a dar respuestas precisas para que la Evaluación funcione en su propio beneficio. Haga saber a los participantes que pueden negarse a responder cualquiera de las preguntas.
 - Asegúrese de obtener el consentimiento explícito para participar.
 - Pregunte a los participantes si tienen alguna duda.

- Complete la documentación en el orden siguiente:
 1. Revelación de información
 - Los participantes firman y fechan
 - Dé su información como testigo, incluyendo su afiliación a la agencia

 2. Información básica sobre los participantes necesaria para completar la Evaluación en HMIS

 3. VI-F-SPDAT: Es fundamental acompañar al participante durante todo este proceso y permanecer como oyente activo.
 - Debe hacer las preguntas como están escritas y en el orden en que aparecen. Sin embargo, está bien repetir las preguntas y aclarar las preguntas que no estén claras para los participantes.
 - Cuando las preguntas se limitan a un período específico, por ejemplo, “En los últimos 6 meses...”, cuente 6 meses hacia atrás e incluya el nombre del mes, es decir, “En los últimos 6 meses o desde enero...”. Esto puede ayudar a aclarar sobre qué período está preguntando.
 - Recuerde que esta es una evaluación de un reporte propio; registre las respuestas que den los participantes. De nuevo, anime a los participantes para que sean tan honestos como puedan.

Revelación de información de entrada coordinada

Es posible que los proveedores de vivienda y servicios deban compartir su información para comunicarse con usted, coordinar servicios o determinar la elegibilidad para oportunidades de vivienda y refugio. Pueden compartir esta información:

- Información de contacto, incluyendo correo electrónico y teléfono
- Estado de indigencia e historia de vivienda
- Conexión a recursos principales
- Información sobre salud mental o física, consumo de alcohol y otras drogas, enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA o resultados de pruebas, discapacidades del desarrollo
- Dé su información financiera
- Información demográfica básica

Su firma abajo autoriza que la información sea revelada entre cualquiera de estas entidades, limitada por el propósito de ayudarlo a obtener vivienda y servicios.

Access Community Health	Friends of the State St. Family	Sankofa Behavioral & Community Health
Bethel Lutheran Church	Group Health Cooperative	Sankofa Educational Leadership United
Briarpatch Youth Services	Heartland Housing	Shelter from the Storm Ministries
Catalyst for Change	Homeless Restorative Justice Project	SSM Health
Catholic Charities	Housing Initiatives	Social Justice Center
City of Madison Community Development Div.	Institute for Community Alliances	Stoughton Area Resource Team (START)
Community Action Coalition (CAC)	Journey Mental Health	Tellurian
Community Development Authority	JustDane	Tenant Resource Center
Connecting the Dots	Kabba Recovery Services	The Road Home
Dane County Dept. of Human Services	Lutheran Social Services	The Salvation Army
Dane County Housing Authority	MACH OneHealth	Today Not Tomorrow/Project Babies
Distritos de escuelas públicas del condado de Dane	My Choice Wisconsin	UNIDOS
Dane County Reentry Coordinator	Occupy Madison	UnityPoint Health - Meriter
Domestic Abuse Intervention Services	OutReach	Urban Triage
Dryhootch	Porchlight	U.S. Department of Veterans Affairs
Employment Resources Inc	Project Respect	UW Hospital & Clinics
Equitable Social Solutions	Public Health Madison & Dane County	Vivent Health
First United Methodist Church	ReachDane	Wisconsin Dept. of Veterans Affairs
Focus Counseling	Saint Vincent de Paul	YWCA Madison

Su firma abajo indica que entiende la información dada por el evaluador, recibió respuestas a sus preguntas y eligió libremente ser entrevistado. Aceptando ser entrevistado, no renuncia a ninguno de sus derechos legales. Sus respuestas se almacenarán en una base de datos segura, llamada Wisconsin Clarity HMIS, y solo se compartirán con proveedores de vivienda y agencias de servicios preocupadas por su bienestar. Esta liberación sigue siendo válida hasta que revoque el permiso.

Reconozco que revisé mis derechos según se describen y recibí una copia de *Más información sobre el uso y revelación de información protegida (dé la última página al entrevistado)*.

Fecha

Firma (o marca) del participante

Firma del testigo

Agencia testigo o afiliación

Nombre del testigo en letra de molde

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

Administración

Nombre del asesor

Agencia del asesor

Fecha de evaluación (mm/dd/aaaa)

Tipo de evaluación
(Por teléfono, virtual o en persona)

Lugar de la evaluación
(Oficina del administrador de casos, refugio de día, refugio de noche, Teléfono, calle u otro)

Información básica

La cabeza de la familia

Primer nombre

Apodo

Apellido

¿En qué idioma se siente mejor capaz de expresarte? _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Edad

Número de seguro social

Consentimiento para participar: S N

1. ¿Hay una cabeza secundaria del grupo familiar? S N
(Si respondió Sí, escriba su información abajo).

¿Cabeza secundaria de la familia?

Primer nombre

Apodo

Apellido

¿En qué idioma se siente mejor capaz de expresarte? _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Edad

Número de seguro social

Consentimiento para participar: S N

Menores

¿Número total de menores de 18 años que están actualmente con usted, o que tiene motivos para creer que estarán con usted cuando obtenga alojamiento? _____

Rehusó

SI EN EL GRUPO FAMILIAR HAY UNA MUJER:

¿Alguna mujer familiar está actualmente embarazada? _____

S N Rehusó

Dé una lista del nombre completo y la fecha de nacimiento de cada menor:

Primer nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

A. Historia de la vivienda y la falta de vivienda

1. ¿Dónde duermen usted y su familia con mayor frecuencia? (marque una) Refugios
 Vivienda de transición
 Refugio seguro
 En la calle
 Alojamiento compartido
 Auto
 Otros (especificar): _____
2. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted y su familia vivieron en una vivienda estable permanente?
 Menos de una semana entre 1 semana y 3 meses entre 3 y 6 meses
 entre 6 meses y 1 año entre 1 y 2 años más de 2 años
3. En los últimos tres años, ¿cuántas veces usted y su familia han estado sin hogar? _____
(1, 2, 3, 4, 5 o más veces)

B. Riesgos

4. En los últimos seis meses, cuántas veces usted o alguien de su familia... (0, 1, 2, 3, 4, 5 o más veces)
- a) ¿Recibió atención médica en un departamento/sala de emergencia? Rehusó
- b) ¿Lo llevaron en una ambulancia al hospital? Rehusó
- c) ¿Lo hospitalizaron como paciente interno? Rehusó
- d) ¿Usó un servicio de crisis, incluyendo crisis de agresión sexual, crisis de salud mental, violencia familiar/intima, centros de angustia y líneas directas de prevención de suicidio? Rehusó
- e) ¿Habló con la policía porque fue testigo de un delito, fue víctima de un delito, o el presunto autor de un delito o porque la policía le dijo que debía irse de algún lugar? Rehusó
- f) ¿Pasó una o más noches en una celda de detención, cárcel o prisión, ya sea una estancia a corto plazo como la celda de alcohólicos, una estancia más larga por un delito más grave o algo intermedio? Rehusó
5. ¿A usted o alguien de su familia lo atacaron o golpearon desde que se quedaron sin hogar? S N Rehusó
6. ¿Usted o algún familiar ha amenazado o tratado de hacerse daño a sí mismo o a otra persona en el último año? S N Rehusó
7. ¿Usted o algún familiar tiene algún problema legal en este momento que pueda resultar en que lo encierren, tenga que pagar multas o que pueda hacer que sea más difícil alquilar un lugar para vivir? S N Rehusó
8. ¿Alguien lo obliga o engaña a usted o a alguien de su familia para que haga cosas que no quiere hacer? S N Rehusó
9. ¿Alguna vez usted o alguien en su familia hizo cosas que pueden considerarse riesgosas, como intercambiar sexo por dinero, vender drogas, tener sexo sin protección con alguien que no conoce, compartir una aguja o algo por el estilo? S N Rehusó

C. Socialización

10. ¿Hay *alguna persona*, propietario anterior, negocio, corredor de apuestas, distribuidor o grupo gubernamental como el IRS, que piense que usted o alguien de su familia les debe dinero? S N Rehúso
11. ¿Usted o alguien de su familia recibe algún dinero del gobierno, una pensión, una herencia, un trabajo clandestino, un trabajo regular, o algo por el estilo? S N Rehúso
12. ¿Todos en su familia tienen actividades planeadas, *además de simplemente sobrevivir*, que los hagan sentir felices y realizados? S N Rehúso
13. ¿Todos en su familia actualmente pueden atender las necesidades básicas como bañarse, cambiarse de ropa, usar el baño, obtener comida y agua limpia, y otras cosas por el estilo? S N Rehúso
14. ¿La falta de vivienda actual de su familia es causada de alguna manera por una relación que se rompió, una relación poco sana o abusiva, o porque familiares o amigos provocaron su desalojo? S N Rehúso

D. Bienestar

15. ¿Alguna vez su familia ha tenido que dejar un apartamento, un programa de refugio u otro lugar donde se hospedaba debido a su salud física o la de alguien de su familia? S N Rehúso
16. ¿Tiene usted o alguien de su familia algún problema de salud crónico en el hígado, los riñones, el estómago, los pulmones o el corazón? S N Rehúso
17. Si hubiera espacio disponible en un programa que asiste específicamente a personas que viven con VIH o SIDA, ¿le interesaría a usted o a alguien de su familia? S N Rehúso
18. ¿Alguien en su familia tiene alguna discapacidad física que limitaría el tipo de vivienda a la que podría acceder, o dificultaría vivir de manera independiente porque necesitaría ayuda? S N Rehúso
19. Cuando alguien en su familia está enfermo o no se siente bien, ¿su familia evita buscar ayuda médica? S N Rehúso
20. ¿El consumo de drogas o de alcohol de usted o de alguien de su familia llevó a que expulsen a su familia de un apartamento o programa en el que se hospedaba en el pasado? S N Rehúso
21. ¿El consumo de drogas o alcohol puede hacer difícil para su familia permanecer en casa o pagar su vivienda? S N Rehúso
22. ¿Alguna vez su familia ha tenido problemas para mantener su vivienda, o la han expulsado de un apartamento, programa de refugio u otro lugar en el que se hospedaba debido a:
- a. un problema o preocupación de salud mental? S N Rehúso
 - una lesión en la cabeza?
 - b. una discapacidad de aprendizaje, discapacidad del desarrollo u otro impedimento? S N Rehúso
23. ¿Usted o alguien en su familia tiene problemas de salud mental o cerebral que dificultarían que su familia viva de manera independiente porque se necesitaría ayuda? S N Rehúso

24. ¿Algún miembro de su grupo familiar tiene una condición médica, problemas de salud mental y experiencia con el consumo problemático de sustancias? S N Rehusó
25. ¿Hay algún medicamento que un médico dijo que usted o alguien de su familia debería tomar y que, por alguna razón, no están tomando? S N Rehusó
26. ¿Hay algún medicamento como analgésicos que usted o alguien de su familia no tome en la manera en que el médico lo recetó o donde venden el medicamento? S N Rehusó
27. **RESPONDA SÍ O NO:** ¿El período actual de falta de vivienda de su familia fue causado por una experiencia de abuso emocional, físico, psicológico, sexual o de otro tipo, o por cualquier otro trauma que usted o alguien de su familia haya tenido? S N Rehusó

E. Unidad familiar

28. ¿Hay menores que tuvieron que separarse de la familia por un servicio de protección infantil en los últimos 180 días? S N Rehusó
29. ¿Tiene algún problema legal familiar que se esté resolviendo en la corte o que deba resolverse en la corte que afectaría su vivienda o a alguien que podría vivir dentro de su vivienda? S N Rehusó
30. En los últimos 180 días, ¿algún menor vivió con familiares o amigos debido a su situación de falta de vivienda o vivienda? S N Rehusó
31. ¿Algún menor de la familia tuvo algún abuso o trauma en los últimos 180 días? S N Rehusó
32. **SI HAY MENORES EN EDAD ESCOLAR:** ¿Sus hijos asisten a la escuela la mayoría de las veces cada semana? S N Rehusó
33. ¿Cambió su grupo familiar en los últimos 180 días debido a cosas como el divorcio, el regreso de sus hijos a vivir con usted, la partida de alguien para el servicio militar o el encarcelamiento, la mudanza de un familiar o algo por el estilo? S N Rehusó
34. ¿Anticipa que otros adultos o menores vengan a vivir con usted dentro de los primeros 180 días de alojarse? S N Rehusó
35. ¿Tienen dos o más actividades planificadas cada semana con la familia, como salidas al parque, ir a la biblioteca, visitar a otros familiares, ver una película familiar o algo por el estilo? S N Rehusó
36. Después de la escuela, o los fines de semana o días en que no hay escuela, ¿el tiempo total que los menores pasan cada día sin interacción con usted u otro adulto responsable es...
- a. de 3 o más horas por día para mayores de 13 años? S N Rehusó
- b. de 2 o más horas por día para menores de 12 años? S N Rehusó
37. **SI HAY MENORES DE 12 Y MAYORES DE 13 AÑOS:** ¿Sus hijos mayores pasan 2 horas o más en un día típico ayudando a sus hermanos menores con cosas como prepararse para la escuela, ayudarlos con la tarea, prepararles la cena, bañarlos o algo por el estilo? S N NA o Rehusó

Preguntas de seguimiento

En un día normal, ¿dónde es más fácil encontrarlo y a qué hora del día es más fácil hacerlo?	Lugar: _____ Hora: _____ O <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Atardecer <input type="checkbox"/> Noche ¿Hay otras agencias con las que está en contacto a las que podamos contactar si necesitamos hacerle un seguimiento? De ser así, ¿qué agencias? _____
¿Hay algún teléfono o correo electrónico donde alguien pueda comunicarse con usted de manera segura o dejarle un mensaje?	Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Si quiere, puedo tomarle una foto y agregarla a su perfil de cliente. Al hacer esto, puede que sea más fácil encontrarlo en el futuro y confirmar su identidad. ¿Quiere que le tome una foto?	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Rehúso

F. Preguntas complementarias

	Respuesta		
¿Qué sexo tiene?	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transfemenino (MTF o de masculino a femenino) <input type="checkbox"/> Transmasculino (FTM o de femenino a masculino) <input type="checkbox"/> Género no conforme (es decir, no exclusivamente masculino o femenino) <input type="checkbox"/> El cliente no lo sabe <input type="checkbox"/> El cliente prefiere no responder		
¿Cuántas personas hay en su grupo familiar?	_____		
¿Es sobreviviente de violencia doméstica? Si respondió Sí, ¿cuándo fue la más reciente? <input type="checkbox"/> En los últimos 3 meses <input type="checkbox"/> Entre 3 y 6 meses atrás <input type="checkbox"/> Entre 6 meses y un año atrás <input type="checkbox"/> Hace un año o más Si respondió Sí, ¿está actualmente huyendo de la violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rehúso
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Rehúso

<p>¿Está sirviendo actualmente o alguna vez ha servido en las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?</p> <p>Estado de descarga:</p> <p>¿Tiene un formulario DD214 archivado? (Escanee el formulario en HMIS si es posible)</p> <p>¿Ha pedido un formulario DD214?</p> <p>Si respondió Sí, fecha en que lo pidió:</p> <p>Fecha en que el cliente entró en el servicio militar:</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Rama de las Fuerzas Armadas: _____</p> <p>¿Es elegible para los servicios V. A.?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>SITUACIÓN DE VIDA EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN:</p> <p>Registre el arreglo de vivienda del cliente la noche anterior, es decir, la noche antes de que el cliente completara esta evaluación.*</p> <p>*Si el arreglo de vivienda del cliente no es una de las opciones mencionadas, el grupo familiar no está literalmente sin hogar en la actualidad y no califica para completar la evaluación en este momento y no debe colocarse en la lista de prioridades.</p> <p>Duración de la estancia en la situación de vivienda seleccionada directamente arriba:</p> <p><input type="checkbox"/> Una noche o menos</p> <p><input type="checkbox"/> Entre dos y seis noches</p> <p><input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos de un mes</p>	<p><i>Seleccione solo una opción:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Lugar no destinado para habitar</p> <p><input type="checkbox"/> Refugio de emergencia, incluyendo un hotel o motel pagado con un vale de un refugio de emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda de transición para personas sin hogar (incluyendo los jóvenes sin hogar)</p> <p><input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos de 90 días</p> <p><input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos de un año</p> <p><input type="checkbox"/> Un año o más</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>¿Fecha aproximada en que comenzó su estancia en la calle, refugio o refugio seguro?</p> <p>_____</p> <p>¿Cuántas veces ha estado en la calle, en un refugio o en un refugio seguro <i>en los últimos 3 años</i>, incluyendo el día de hoy?</p> <p>_____</p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>¿Número total de meses que ha estado sin hogar en los últimos 3 años? <i>(Tenga en cuenta que esto no puede exceder los 36 meses)</i></p> <p>_____</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>¿Tiene alguna condición de discapacidad o problema de la lista de abajo?</p> <p>Si respondió Sí, seleccione todas las opciones que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad física</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Condición crónica de salud</p> <p><input type="checkbox"/> VIH- SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> Problema de salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> Problema de abuso de sustancias</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoholismo</p> <p><input type="checkbox"/> Drogadicción</p> <p><input type="checkbox"/> Alcoholismo y drogadicción</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehusó</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Recibe SSI o SSDI?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Rehúso
Si respondió No, ¿ha consultado a un médico o hay algún profesional que pueda verificar estas discapacidades?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Rehúso
Si es así, ¿dónde? <i>(si el cliente quiere, puede compartir el nombre del proveedor o de la clínica en este momento).</i>	_____					
Recibe ingresos de algún lugar	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Rehúso
Si respondió Sí, indique las fuentes de ingresos y la cantidad mensual recibida por cada uno:	_____					
<i>(Los ejemplos de fuentes de ingresos pueden incluir, entre otros: Ingreso del trabajo, seguro de desempleo, SSI, SSDI, Compensación de los Trabajadores, asistencia general, jubilación, manutención de menores, pensión alimenticia, otros, etc.)</i>	_____					
Si una unidad de ocupación de habitación individual (SRO) está disponible en el futuro, ¿le interesaría?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
¿Ha salido usted o alguien de su grupo familiar de la cárcel o prisión en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Rehúso

MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Los proveedores mencionados en esta Autorización reconocen su derecho a la confidencialidad de la información protegida sobre atención médica, salud mental o tratamiento por abuso de sustancias según lo dispuesto por las leyes federales y estatales.

Esta autorización solo permite la revelación de información de y entre las organizaciones mencionadas en el formulario de revelación.

Tenga en cuenta estas directrices:

Reglas federales de privacidad de HIPAA, estatutos estatales de confidencialidad de sustancias/salud y leyes federales de abuso de sustancias

Hay situaciones en las que su información protegida se puede usar o revelar sin su autorización y estas situaciones se le explicarán cuando se solicite. Comuníquese con su proveedor (atención médica, salud mental o abuso de sustancias) si tiene preguntas sobre estas reglas/leyes.

Sin obligación de firmar

No tiene la obligación de firmar este formulario y puede negarse a hacerlo. Salvo que lo permita la ley aplicable, no se le pueden negar los servicios porque se niega a firmar.

Revocación

Tiene derecho a revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento antes de que finalice. Comuníquese con cualquiera de las entidades mencionadas en el comunicado y lo ayudarán. Sin embargo, su revocación por escrito no afectará ninguna revelación de su salud e información relacionada que los proveedores mencionados ya hayan hecho, según esta Autorización, antes del momento en que usted la revoque.

Relanzamiento

Si las entidades autorizadas por este formulario para revelar o recibir su información/expedientes no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la salud (por ejemplo, son entidades que no dan servicios de atención médica, salud mental o tratamiento por abuso de sustancias), la información que reciban puede perder su protección según las leyes federales de privacidad de la salud, y se les puede permitir a esas personas volver a revelar su información sin su permiso previo.

Derecho a inspeccionar

Al autorizar la revelación de sus expedientes de atención médica, salud mental o abuso de sustancias, tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia del material que autorizó revelar, con ciertas excepciones previstas en las leyes estatales y federales. Si quiere hacer esto, comuníquese con la entidad correspondiente para obtener más información.

Firmas

Si tiene 18 años de edad o más, usted es la única persona que puede firmar este formulario para autorizar el uso o revelación de su registro de tratamiento de salud, salud mental o abuso de sustancias, a menos que tenga un tutor o un poder notarial o agente de atención médica. Si es menor de 18 años, su padre/madre (o tutor) tiene derecho a firmar este formulario por usted. Sin embargo, existen situaciones según la ley estatal en las que a usted, como menor de edad, se le permite o se le exige dar su consentimiento para la revelación de información firmando este formulario en lugar de un padre/madre o tutor. Para obtener más información sobre quién está autorizado a firmar este formulario, comuníquese con cualquiera de las entidades mencionadas en el comunicado y lo ayudarán.

Derechos y responsabilidades del participante

Si tiene una queja sobre los servicios que recibe a través del Sistema de Entrada Coordinada de Madison/Dane CoC, tiene derecho a presentar una queja formal. Puede encontrar las copias del formulario de Derechos y responsabilidades del participante en estos lugares: The Beacon, Porchlight, The Salvation Army, Tenant Resource Center, o en www.danecountyhomeless.org.