



## Wisconsin HMIS Consentimiento Informado del Cliente y Divulgación de Información

### PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACION CONFIDENCIAL PARA ASEGURAR LOS SERVICIOS NECESARIOS

Por favor lea la siguiente notificación y autorización (o pida que se la lean) antes de firmar.

Esta agencia, \_\_\_\_\_ participa en el Sistema de Información Administrativa de Desamparados de todo el estado de Wisconsin. Agencias que participan en el HMIS de Wisconsin pertenecen a una red basada en Internet. Esta red es administrada por el Instituto de Alianzas Comunitarias (ICA). El nombre del programa de computación que almacena estos datos se llama Clarity Human Services.

BENEFICIOS PARA EL CONSUMIDOR POR COMPARTIR DATOS	
Elimina las tomas duplicadas	Acceso más rápido al Sistema de Servicios Coordinados, lo que resulta en recibir la asistencia más rápidamente
Reduce la cantidad de tiempo dedicado a responder a las preguntas básicas acerca de su situación	Permite a las agencias enfocarse en satisfacer sus necesidades únicas de servicio
Reduce la cantidad de veces que le tiene que contar su historia a los proveedores de servicios	Se pueden coordinar y simplificar fácilmente múltiples servicios

\*Bitfocus garantiza la seguridad de su sistema. Por favor lea a continuación para información detallada sobre las medidas de seguridad.\*

Porque esta red está compuesta de muchos proveedores de servicios, usted tiene la opción de compartir su información con otros proveedores de servicios de quienes usted podría estar buscando servicios. Su identidad e información colectada por WI HMIS será compartida, con su consentimiento por escrito, en la red y con los socios de la red que tienen acuerdos por escrito con ICA. WI HMIS incluye su información demográfica y otra información personal esencial necesaria para mejor determinar sus necesidades de servicios.

El programa de computación usado para este propósito tiene protocolos de seguridad estándar de industria y se actualiza regularmente para cumplir con estos requisitos de seguridad. La información que usted proporcione únicamente será compartida con esta agencia, la red, socios de la red, y un personal limitado del Instituto para Alianzas Comunitarias. La información de identificación personal no se compartirá con ningún departamento Federal o Estatal con el fin de determinar su elegibilidad para otros programas Estatales o Federales (por ejemplo, cupones de comida (Food Share)). Información colectada esta almacenada en un servidor seguro propiedad de y anfitrión por Bitfocus en Virginia, Ohio, Oregón, y California. Personal limitado de Bitfocus tiene acceso a este servidor y a los datos con el propósito de apoyo y mantenimiento de la red. Los datos colectados para la red se mantendrán por lo menos siete años a partir de la última fecha de servicio.

La lista de agencias que participan en la red y de los socios de la red se puede acceder en el sitio web de ICA aquí [HMIS Release of Information](#). Esta lista puede cambiar.

*Tenga en cuenta que, si usted da permiso para que se comparta su información, ese acuerdo estará en efecto hasta que usted lo revoque por escrito. Usted puede terminar su acuerdo, y su información personal y de servicio ya no se compartirán de esa fecha en adelante. Si usted 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 seguridad de quienes usan nuestros servicios es muy importante. Su registro solo se compartirá si usted da permiso.



# Wisconsin HMIS

## Consentimiento Informado del Cliente y Divulgación de Información

No se le pueden negar servicios para los que de otro modo calificara si elige no compartir su información. Sin embargo, aun si usted elige no compartir su información con otras agencias, los reglamentos federales y estatales pueden requerir una colección de datos limitados con el propósito de obtener fondos.

### Tipo de Información que se compartirá:

- Información de Identificación Personal: Nombre (Nombre, Segundo Nombre y Apellido), Número de Seguro Social, Fecha de Nacimiento, Origen Étnico, Genero, Información de la Última Residencia, Estado Militar
- Vivienda/Programa Específica: Elegibilidad para el Programa, Entrada/Salidas, Evaluaciones de Agencias, Servicios, Entrada Coordinada, Notas de Caso, Referidos
- Evaluación Específica: Ingresos, Beneficios no Monetarios, Discapacidad, Violencia Doméstica

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

#### Opción 1: Consentimiento Verbal

- \_\_\_\_\_ Por mis iniciales aquí, estoy de acuerdo en compartir la información, antes especificada, de mi hijo/hijos y mía, y coordinar los servicios con todas las agencias que participan en la red y los socios de la red.

#### Opción 2: Consentimiento Verbal

- \_\_\_\_\_ Al poner mis iniciales aquí, acepto compartir la información indicada, de mi/s hijo/s y mía, excepto la información que se identifica a continuación. No quiere compartir mí y de mis hijos:
  - Inscripciones al Programa
  - Evaluaciones
  - Servicios
  - Notas del Caso
  - Referidos
  - Archivos Adjuntos

#### Opción 3: Consentimiento Verbal

- \_\_\_\_\_ Por mis iniciales aquí, estoy de acuerdo en que no quiero compartir la información, antes especificada, de mi hijo/hijos y mía y coordinar servicios con otras agencias/socios de la red.

Entiendo que al firmar a continuación se refiere únicamente a la compartida de datos dentro de WI HMIS y no garantiza que recibiré asistencia. Alternativamente, entiendo que NO se me negaran los servicios si me niego a dar mi consentimiento para compartir datos.

Nombre en Letra Molde: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Adulto #2 Nombre en Letra Molde: \_\_\_\_\_

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

Firma del Testigo de la Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Consentimiento Verbal

Consentimiento obtenido por teléfono (Iniciales del Personal de la Agencia): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_