



Sistema de Respuesta ante la Falta de Vivienda Autorización para Usar y Revelar Información



En esta Autorización para el Uso y la Revelación de Información (la “Autorización”) y el Aviso de Prácticas de Privacidad adjunto (el “Aviso”) se describe cómo el Departamento de Carencia de Hogar y Vivienda de Apoyo de San Francisco (HSH, siglas en inglés) y sus socios pueden usar y revelar su información personal. Además, se explica cuáles son sus derechos con respecto a su información personal. Lea estos formularios detenidamente.

Al igual que el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar de San Francisco, el Sistema de Navegación y de Entrada en Línea (el “Sistema ONE”) es una base de datos compartida y protegida, así como una aplicación de software, que permite a HSH y a sus socios recopilar e ingresar datos de los clientes, gestionar servicios y elaborar informes. Estas funciones ayudan a mejorar la prestación de servicios y la coordinación de la atención a los clientes, a darles seguimiento y a facilitar los requisitos de informes a las personas que experimentan o están en riesgo de experimentar la falta de vivienda en San Francisco.

La información personal del Sistema ONE está protegida y solo puede utilizarse o revelarse de conformidad con el Aviso adjunto, con el consentimiento por escrito de la persona o cuando lo exija la ley. La información personal del Sistema ONE solo puede ser conocida por personal autorizado de HSH y de sus socios dentro del sistema de respuesta ante la falta de vivienda, cada uno de ellos se denomina “Agencia Asociada” y, en conjunto, “Agencias Asociadas”.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

- Entiendo que el acceso a mi información personal protegida y/o a mi información de salud protegida puede estar limitado por regulaciones federales, estatales y locales, por ejemplo, el Aviso Final de Estándares de Datos y Técnicos de los Sistemas de Información de Gestión de Personas sin Hogar del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (2004) (“HMIS”, siglas en inglés); el título 45, partes 160 y 164 de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, (“HIPAA”, siglas en inglés); la sección 18999.8 del Código de Bienestar e Instituciones de California; y el capítulo 12M del Código Administrativo de San Francisco.
- Entiendo que el acceso a mis registros médicos de VIH/SIDA, salud mental y tratamientos por drogas y alcohol puede estar limitado por regulaciones federales y estatales, por ejemplo, por la sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California; la Ley de Confidencialidad de la Información Médica, la sección 56.10 y siguientes del Código Civil de California (CIMA, siglas en inglés); HIPAA; y el título 42, parte 2 del Código de Regulaciones Federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de drogas.
- Entiendo que la firma de esta Autorización no es garantía de que recibiré servicios. Entiendo que, excepto en programas que requieren información personal para determinar la elegibilidad o evaluar los servicios necesarios, tengo el derecho de negarme a revelar mi información personal sin que se me niegue el acceso a los servicios. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización, pero que al hacerlo se pueden limitar los servicios que reciba.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización y del Aviso adjunto. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o recibir una copia de mi información personal. Entiendo que tengo derecho a solicitar la corrección de la información personal que considere incorrecta o incompleta.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento de esta Autorización en cualquier momento. Si retiro mi consentimiento, entiendo que no se recopilará más información sobre mí, pero esto no revertirá ni eliminará la información recopilada, utilizada o revelada anteriormente con mi consentimiento. Entiendo que, si retiro mi consentimiento, la prestación y la coordinación de mis servicios pueden verse afectadas.

- Entiendo que, si tengo preguntas acerca de mi información personal o de mis derechos en relación con mi información, puedo comunicarme con HSH escribiendo a hsh.privacy@sfgov.org.

Al firmar este formulario, autorizo lo siguiente:

- Autorizo a HSH, a las Agencias Asociadas y a sus agentes y representantes autorizados a recopilar, usar y revelar mi información personal de conformidad con el Aviso, con mi consentimiento por escrito o cuando lo exija la ley. Entiendo que las Agencias Asociadas pueden cambiar con el tiempo y que hay una lista actualizada de las Agencias Asociadas en el sitio web de HSH en www.sf.gov/hsh-partner-agencies-one-system-access. Entiendo que HSH se reserva el derecho de modificar el Aviso y hacer que el Aviso modificado tenga efecto para la información personal recopilada, utilizada o procesada, así como para cualquier información que sea recopilada, utilizada o procesada en el futuro.
- Autorizo a HSH a revelar mi información personal a los Equipos Multidisciplinarios para Adultos y Familias sin Hogar de la Ciudad y el Condado de San Francisco (HMDT, siglas en inglés) con el propósito de agilizar la identificación, evaluación y vinculación con viviendas y servicios.
- Si estoy inscrito en Medi-Cal Managed Care Plan, San Francisco Health Plan (SFHP), Anthem Blue Cross o Kaiser Permanente, autorizo a HSH a usar y revelar mi información personal a mi plan de salud con el propósito de brindar o coordinar mi atención médica y de administrar la coordinación, autorización y facturación de CalAIM Community Supports.

Firma

La autorización para usar y revelar información personal tendrá una validez de tres años, a menos que se haga otra indicación a continuación.

Nombre completo (cliente): _____

Firma (cliente o representante legal): _____ Fecha: _____

Si firma el/la representante legal, escribir:

- Nombre completo (representante legal): _____
- Relación con el/la cliente: _____

Esta autorización vencerá a los tres años desde la fecha de la firma o fecha anterior mencionada aquí: