

**Continuum of Care del condado de Pasco y Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc.**

**REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**Autorización para usar o revelar información personal, incluida la Información médica protegida (PHI)**

Nombre:	Número del seguro social:	Fecha de nacimiento:
Nombre de la agencia proveedora:		

**Autorizo el uso o la revelación de información personal, incluida la Información médica protegida, sobre la persona nombrada anteriormente.**

Soy:  la persona mencionada anteriormente  
 un representante personal, ya que la persona es menor de edad, está incapacitada o falleció

\_\_\_\_\_ participa en el Coordinated Entry System (CES) de Continuum of Care del condado de Pasco (FL-519) o Pasco County Homeless Management Information System (HMIS). Estos sistemas incluyen organizaciones que prestan servicios de apoyo y asistencia con la vivienda para personas sin techo. Como parte del HMIS y del sistema CES, las agencias acuerdan revelar información sobre las personas y las familias con otras agencias para coordinar servicios y ayudar a un grupo familiar a encontrar o mantener una vivienda lo más rápido posible.

La información por revelar puede incluir información personal contenida en el Pasco County Homeless Management Information System (HMIS), expedientes de proveedores que detallan mis condiciones médicas e incluyen información sobre discapacidades, salud mental, drogadicción, alcoholismo, anemia falciforme, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sida y otros resultados de pruebas y diagnósticos de enfermedades comunicables. La información contenida en la Vulnerability Index and Service Prioritization Decision Assistance Tool (VI-SPDAT), la Service Prioritization Decision Assistance Tool (SPDAT), otros formularios de evaluación y otra información recopilada como parte de la gestión de casos, la planificación de casos y la conferencia de casos se compartirán en HMIS, ya que se relacionan con la coordinación de servicios para buscar una vivienda y estabilidad.

**Derechos importantes y otras declaraciones obligatorias que usted debería saber**

Puede anular esta autorización en cualquier momento escribiendo a la Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc., 8039 Youth Lane, Port Richey, FL 34668 o solicítela por correo electrónico a [info@pascohomelesscoalition.org](mailto:info@pascohomelesscoalition.org). Si anula esta autorización, no aplicará para la información que ya se usó o reveló.

Tiene derecho a una copia de esta autorización una vez que la firme. Guarde una copia de sus expedientes o pídanos una copia en cualquier momento escribiendo a Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc., 8039 Youth Lane, Port Richey, FL 34668 o solicítela por correo electrónico a [info@pascohomelesscoalition.org](mailto:info@pascohomelesscoalition.org).

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o sobre cómo rellenarlo, podemos ayudarlo. Llame a Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc. al 727-842-8605.

Esta autorización caducará en dos (2) años a partir de la fecha en que la persona o el representante personal firmó el documento debajo.

**Al firmar esta autorización, doy fe de que entiendo: (*Firme con sus iniciales en cada renglón*)**

\_\_\_\_\_ El motivo por el que se me pide revelar información.

\_\_\_\_\_ Mi información médica protegida, incluida la información de salud mental, drogas y alcohol y VIH/sida, entre otras, se puede compartir con socios proveedores y organizaciones que participan en HMIS. Entiendo que las agencias participantes pueden cambiar de vez en cuando y que la Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc. tiene disponibles, a pedido, copias actuales de la lista de agencias, llamando al 727-842-8605.

\_\_\_\_\_ El HMIS opera por internet y usa muchas protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad completa de mis expedientes.

\_\_\_\_\_ La firma de esta autorización es voluntaria y no es obligatorio aceptar autorizar ningún uso ni revelación. Entiendo que la capacidad de recibir servicios o apoyo no está condicionada por la autorización de esta revelación. Sin embargo, al no dar la autorización para revelar la información, es posible que no pueda acceder a la ayuda con la vivienda lo más rápido posible y que algunos servicios que son el resultado de una coordinación de actividades entre proveedores tengan una disponibilidad limitada. Algunas agencias requieren que se respondan ciertas preguntas con el fin de determinar la elegibilidad para sus proyectos\*.

\_\_\_\_\_ Los proveedores que tienen acceso a mi información médica protegida tienen prohibido volver a revelar la información fuera de los términos de su formulario de revelación de la información y sin mi autorización escrita, excepto en la medida en que lo permita la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (obligatorio) \_\_\_\_\_

**Todos los dependientes que el tutor legal autoriza a participar en el HMIS:**

Nombre _____	Fecha de nacimiento ___/___/___	Nombre _____	Fecha de nacimiento ___/___/___
Nombre _____	Fecha de nacimiento ___/___/___	Nombre _____	Fecha de nacimiento ___/___/___
Nombre _____	Fecha de nacimiento ___/___/___	Nombre _____	Fecha de nacimiento ___/___/___
Nombre _____	Fecha de nacimiento ___/___/___	Nombre _____	Fecha de nacimiento ___/___/___

**Para todos los miembros adultos adicionales del grupo familiar, consulte las páginas 3 a 5, si es necesario.**

**Firma del representante personal (si corresponde)**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (obligatorio) \_\_\_\_\_

Describa su relación con la persona o su autoridad legal para actuar en nombre de la persona al tomar decisiones relacionadas con la atención médica y los servicios. Podemos pedirle que nos dé el documento legal pertinente que le otorga esta autoridad.

Relación con la persona (obligatorio): \_\_\_\_\_

**Firma del testigo**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (obligatorio) \_\_\_\_\_

\*Las agencias pueden tener requisitos adicionales que el participante debe aceptar.

**Miembro adulto adicional: Consentimiento para la revelación de información**

**Al firmar esta autorización, doy fe de que entiendo: (*Firme con sus iniciales en cada renglón*)**

\_\_\_\_\_ El motivo por el que se me pide revelar información.

\_\_\_\_\_ Mi información médica protegida, incluida la información de salud mental, drogas y alcohol, y de VIH/sida, entre otras, se puede compartir con socios proveedores y organizaciones que participan en HMIS. Entiendo que las agencias participantes pueden cambiar de vez en cuando y que la Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc. tiene disponibles, a pedido, copias actuales de la lista de agencias, llamando al 727-842-8605.

\_\_\_\_\_ El HMIS opera por internet y usa muchas protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad completa de mis expedientes.

\_\_\_\_\_ La firma de esta autorización es voluntaria y no es obligatorio aceptar autorizar ningún uso ni revelación. Entiendo que la capacidad de recibir servicios o apoyo no está condicionada por la autorización de esta revelación. Sin embargo, al no dar la autorización para revelar la información, es posible que no pueda acceder a la ayuda con la vivienda lo más rápido posible y que algunos servicios que son el resultado de una coordinación de actividades entre proveedores tengan una disponibilidad limitada. Algunas agencias requieren que se respondan ciertas preguntas con el fin de determinar la elegibilidad para sus proyectos\*.

\_\_\_\_\_ Los proveedores que tienen acceso a mi información médica protegida tienen prohibido volver a revelar la información fuera de los términos de su formulario de revelación de la información y sin mi autorización escrita, excepto en la medida en que lo permita la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (obligatorio) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del seguro social: \_\_\_\_\_

---

**Miembro adulto adicional: Consentimiento para la revelación de información**

**Al firmar esta autorización, doy fe de que entiendo: (*Firme con sus iniciales en cada renglón*)**

\_\_\_\_\_ El motivo por el que se está pidiendo la revelación de mi información.

\_\_\_\_\_ Mi información médica protegida, incluida la información de salud mental, drogas y alcohol y VIH/sida, entre otras, se puede compartir con socios proveedores y organizaciones que participan en HMIS. Entiendo que las agencias participantes pueden cambiar de vez en cuando y que la Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc. tiene disponibles, a pedido, copias actuales de la lista de agencias, llamando al 727-842-8605.

\_\_\_\_\_ El HMIS opera por internet y usa muchas protecciones de seguridad para garantizar una confidencialidad completa de mis expedientes.

\_\_\_\_\_ La firma de esta autorización es voluntaria y no es obligatorio aceptar autorizar ningún uso ni revelación. Entiendo que la capacidad de recibir servicios o apoyo no está condicionada por la autorización de esta revelación. Sin embargo, al no dar la autorización para revelar la información, es posible que no pueda acceder a la ayuda con la vivienda lo más rápido posible y que algunos servicios que son el resultado de una coordinación de actividades entre proveedores tengan una disponibilidad limitada. Algunas agencias requieren que se respondan ciertas preguntas con el fin de determinar la elegibilidad para sus proyectos\*.

\_\_\_\_\_ Los proveedores que tienen acceso a mi información médica protegida tienen prohibido volver a revelar la información fuera de los términos de su formulario de revelación de la información y sin mi autorización escrita, excepto en la medida en que lo permita la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (obligatorio) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del seguro social: \_\_\_\_\_

**Miembro adulto adicional: Consentimiento para la revelación de información**

**Al firmar esta autorización, doy fe de que entiendo: (*Firme con sus iniciales en cada renglón*)**

\_\_\_\_\_ El motivo por el que está pidiendo la revelación de mi información.

\_\_\_\_\_ Mi información médica protegida, incluida la información de salud mental, drogas y alcohol y VIH/sida, entre otras, se puede compartir con socios proveedores y organizaciones que participan en HMIS. Entiendo que las agencias participantes pueden cambiar de vez en cuando y que hay una copia actual de la lista de agencias disponible con solicitud previa de la Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc. al 727-842-8605.

\_\_\_\_\_ El HMIS opera por internet y usa muchas protecciones de seguridad para garantizar una confidencialidad completa de mis expedientes.

\_\_\_\_\_ La firma de esta autorización es voluntaria y no es obligatorio aceptar autorizar ningún uso ni revelación. Entiendo que la capacidad de recibir servicios o apoyo no está condicionada por la autorización de esta revelación. Sin embargo, al no dar la autorización para revelar la información, es posible que no pueda acceder a la ayuda con la vivienda lo más rápido posible y que algunos servicios que son el resultado de una coordinación de actividades entre proveedores tengan una disponibilidad limitada. Algunas agencias requieren que se respondan ciertas preguntas con el fin de determinar la elegibilidad para sus proyectos\*.

\_\_\_\_\_ Los proveedores que tienen acceso a mi información médica protegida tienen prohibido volver a revelar la información fuera de los términos de su formulario de revelación de la información y sin mi autorización escrita, excepto en la medida en que lo permita la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (obligatorio) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del seguro social: \_\_\_\_\_

---

**Miembro adulto adicional: Consentimiento para la revelación de información**

**Al firmar esta autorización, doy fe de que entiendo: (*Firme con sus iniciales en cada renglón*)**

\_\_\_\_\_ El motivo por el que se está pidiendo la revelación de mi información.

\_\_\_\_\_ Mi información médica protegida, incluida la información de salud mental, drogas y alcohol, y VIH/sida, entre otras, se puede compartir con socios proveedores y organizaciones que participan en HMIS. Entiendo que las agencias participantes pueden cambiar de vez en cuando y que la Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc. tiene disponibles, a pedido, copias actuales de la lista de agencias, llamando al 727-842-8605.

\_\_\_\_\_ El HMIS opera por internet y usa muchas protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad completa de mis expedientes.

\_\_\_\_\_ La firma de esta autorización es voluntaria y no es obligatorio aceptar autorizar ningún uso ni revelación. Entiendo que la capacidad de recibir servicios o apoyo no está condicionada por la autorización de esta revelación. Sin embargo, al no dar la autorización para revelar la información, es posible que no pueda acceder a la ayuda con la vivienda lo más rápido posible y que algunos servicios que son el resultado de una coordinación de actividades entre proveedores tengan una disponibilidad limitada. Algunas agencias requieren que se respondan ciertas preguntas con el fin de determinar la elegibilidad para sus proyectos\*.

\_\_\_\_\_ Los proveedores que tienen acceso a mi información médica protegida tienen prohibido volver a revelar la información fuera de los términos de su formulario de revelación de la información y sin mi autorización escrita, excepto en la medida en que lo permita la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (obligatorio) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del seguro social: \_\_\_\_\_

**Miembro adulto adicional: Consentimiento para la revelación de información**

**Al firmar esta autorización, doy fe de que entiendo: (*Firme con sus iniciales en cada renglón*)**

\_\_\_\_\_ El motivo por el que se está pidiendo la revelación de mi información.

\_\_\_\_\_ Mi información médica protegida, incluida la información de salud mental, drogas y alcohol y VIH/sida, entre otras, se puede compartir con socios proveedores y organizaciones que participan en HMIS. Entiendo que las agencias participantes pueden cambiar de vez en cuando y que hay la Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc. tiene disponibles, a pedido, copias actuales de la lista de agencias, llamando al 727-842-8605.

\_\_\_\_\_ El HMIS opera por internet y usa muchas protecciones de seguridad para garantizar una confidencialidad completa de mis expedientes.

\_\_\_\_\_ La firma de esta autorización es voluntaria y no es obligatorio aceptar autorizar ningún uso ni revelación. Entiendo que la capacidad de recibir servicios o apoyo no está condicionada por la autorización de esta revelación. Sin embargo, al no dar la autorización para revelar la información, es posible que no pueda acceder a la ayuda con la vivienda lo más rápido posible y que algunos servicios que son el resultado de una coordinación de actividades entre proveedores tengan una disponibilidad limitada. Algunas agencias requieren que se respondan ciertas preguntas con el fin de determinar la elegibilidad para sus proyectos\*.

\_\_\_\_\_ Los proveedores que tienen acceso a mi información médica protegida tienen prohibido volver a revelar la información fuera de los términos de su formulario de revelación de la información y sin mi autorización escrita, excepto en la medida en que lo permita la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (obligatorio) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del seguro social: \_\_\_\_\_

---

**Miembro adulto adicional: Consentimiento para la revelación de información**

**Al firmar esta autorización, doy fe de que entiendo: (*Firme con sus iniciales en cada renglón*)**

\_\_\_\_\_ El motivo por el que se está pidiendo la revelación de mi información.

\_\_\_\_\_ Mi información médica protegida, incluida la información de salud mental, drogas y alcohol, y VIH/sida, entre otras, se puede compartir con socios proveedores y organizaciones que participan en HMIS. Entiendo que las agencias participantes pueden cambiar de vez en cuando y que la Coalition for the Homeless of Pasco County, Inc. tiene disponibles, a pedido, copias actuales de la lista de agencias, llamando al 727-842-8605.

\_\_\_\_\_ El HMIS opera por internet y usa muchas protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad completa de mis expedientes.

\_\_\_\_\_ La firma de esta autorización es voluntaria y no es obligatorio aceptar autorizar ningún uso ni revelación. Entiendo que la capacidad de recibir servicios o apoyo no está condicionada por la autorización de esta revelación. Sin embargo, al no dar la autorización para revelar la información, es posible que no pueda acceder a la ayuda con la vivienda lo más rápido posible y que algunos servicios que son el resultado de una coordinación de actividades entre proveedores tengan una disponibilidad limitada. Algunas agencias requieren que se respondan ciertas preguntas con el fin de determinar la elegibilidad para sus proyectos\*.

\_\_\_\_\_ Los proveedores que tienen acceso a mi información médica protegida tienen prohibido volver a revelar la información fuera de los términos de su formulario de revelación de la información y sin mi autorización escrita, excepto en la medida en que lo permita la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (obligatorio) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del seguro social: \_\_\_\_\_