

## Divulgación De Información

### Autorización de Uso o Divulgar Información Personal incluso Información de Salud Protegida

Nombre:	Numero de Seguridad Social:	Fecha de Nacimiento:
Nombre de Agencia Proveedora:		

**Yo autorizo el uso o revelación de la información personal, incluso la información de salud protegida, sobre la persona nombrada anteriormente.**

- Yo soy  La persona nombrada arriba  
 Un representante personal porque la persona es menor de edad, está incapacitado o ha fallecido

\_\_\_\_\_ participa en el cuidado continuo de Sarasota / Manatee (FL-500) coordinado sistema de entrada (Oneby1) y / o el sistema de información de servicio comunitario (CSIS). Estos sistemas incluyen organizaciones que brindan asistencia para personas sin hogar y de vivienda y servicios de apoyo. Como parte de CSIS y la En el sistema Oneby1, las agencias acuerdan compartir información sobre individuos y familias con otras agencias en orden para coordinar los servicios y ayudar a una familia a encontrar y / o mantener la vivienda lo más rápido posible.

La información que se divulgará puede incluir información personal contenida en el Sistema de información de servicio comunitario, registros de proveedores que detallan mis afecciones médicas e incluyen información sobre discapacidades, salud mental, abuso de drogas, alcoholismo, anemia de células falciformes, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Resultados de las pruebas de infección, SIDA y otras enfermedades transmisibles y diagnósticos. Información contenida en el Índice de Vulnerabilidad y la Herramienta de asistencia para la Decisión de Priorización de Servicios (VI-SPDAT), la Priorización de Servicios La Herramienta de Ayuda para la Decisión (SPDAT), otros formularios de evaluación y otra información recopilada como parte del caso la gestión, la planificación de casos y la conferencia de casos se compartirán en CSIS y en lo que se refiere a la coordinación de Servicios de colocación y estabilidad de viviendas.

### **Derechos importantes y otras declaraciones requeridas que debe conocer**

Puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Suncoast Partnership to End Homelessness, Inc. 1750 17<sup>th</sup> Street / K-1 Sarasota, Florida 34234. Si revoca esta autorización, no se aplicará a la información que ya ha sido utilizada o divulgada.

Usted tiene derecho a una copia de esta autorización una vez que la haya firmado. Por favor guarde una copia para sus registros, o puede solicitarnos una copia en cualquier momento escribiendo a Suncoast Partnership to End Homelessness, Inc. 1750 17<sup>th</sup> Street / K-1 Sarasota, Florida 34234.

Si tiene alguna pregunta sobre algo en este formulario o sobre cómo llenarlo, podemos ayudarlo. Por favor llame al Asociación Suncoast a 941-955-8987.

Esta autorización vencerá dos (2) años después de la fecha en que este documento fue firmado por el individuo o personal representante a continuación.

**Al firmar esta autorización, doy fe de que entiendo: (Inicial cada línea)**

\_\_\_\_\_ La razón por la que me piden que divulgue información.

\_\_\_\_\_ Mi información médica protegida, que incluye, entre otros, salud mental, drogas y alcohol, VIH / SIDA la información se puede compartir con los proveedores asociados y las organizaciones participantes de CSIS. Entiendo que las agencias participantes pueden cambiar de vez en cuando y que una copia de la lista actual de agencias está disponible a solicitud de Suncoast Partnership llamando al 941-955-8987.

\_\_\_\_\_ El CSIS opera a través de Internet y utiliza muchas protecciones de seguridad para garantizar la completa confidencialidad de mis registros.

\_\_\_\_\_ La firma de esta autorización es voluntaria y no tengo que aceptar autorizar ningún uso o divulgación. Yo entiendo que la capacidad de recibir servicios o soporte no está condicionada a la autorización de esta divulgación. Sin embargo, al no dar autorización para compartir información, es posible que no pueda acceder a la ayuda de vivienda con la misma rapidez como sea posible y que algunos servicios que resultan de una coordinación de actividades entre proveedores pueden ser limitados en disponibilidad en algunas agencias requieren que se respondan ciertas preguntas para determinar la elegibilidad para sus proyectos. \*

\_\_\_\_\_ Los proveedores que tienen acceso a mi información de salud protegida tienen prohibido re-divulgar información fuera de los términos de su formulario de divulgación de información, sin mi autorización por escrito, excepto como a excepción de lo permitido por la ley federal o estatal.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (necesario) \_\_\_\_\_

**Dependiente (s) que el tutor legal autorizó para participar en el SMCSIS:**

Nombre \_\_\_\_\_ FechaDeNac. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ FechaDeNac. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ FechaDeNac. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ FechaDeNac. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ FechaDeNac. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ FechaDeNac. \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (requerido) \_\_\_\_\_

Describa su relación con el individuo y / o su autoridad legal para actuar en nombre del individuo en tomar decisiones relacionadas con la salud y los servicios. Es posible que se le solicite que nos proporcione la información legal pertinente. Documento que le otorga esta autoridad.

Relación con el individuo (requerido): \_\_\_\_\_

**Firma del Testigo**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (requerido) \_\_\_\_\_

\* Las agencias pueden tener requisitos adicionales que deben ser acordados por el participante. Si corresponde, estos requisitos se enumerarán en la página 3.