

Coordinated Access for Adults and Families: Autorización para divulgar información confidencial

Nombre de cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Coordinated Access for Adults and Families es una red de agencias formada con el objetivo de coordinar la prestación de servicios y proporcionar asistencia con la renta y servicios de apoyo a largo plazo a individuos y familias sin hogar, priorizando a aquellos que han permanecido sin hogar por más tiempo y cuyas necesidades de servicios son mayores. Se puede obtener una lista completa de las agencias asociadas de Coordinated Access for Adults and Families al solicitarla; dicha lista también se publica en línea en ahomeforeveryone.net/s/CA_ROI_Partners.pdf.

Coordinated Access for Adults and Families introducirá la información que usted nos proporciona en un sistema de administración de información de personas sin hogar (Homeless Management Information System [HMIS]), un sistema de registro de récords computarizado y seguro, alojado por un proveedor tercero, llamado ServicePoint. Estamos legalmente obligados a mantener privada la información que lo(la) podría identificar personalmente. Su información no se compartirá electrónicamente con otras agencias sin su permiso.

Al firmar este formulario, acuerdo compartir mi récord de cliente (nombre, número de Seguro Social y calidad de veterano), información demográfica (fecha de nacimiento, sexo, raza y etnicidad), información pertinente sobre mi inscripción y egreso del programa Coordinated Access for Adults and Families, información sobre mi tipo de situación y los servicios y remisiones que recibo con agencias asociadas de Coordinated Access for Adults and Families.

Información médica especialmente protegida que se puede intercambiar o divulgar:

- | | |
|---|------------------|
| A. Reconozco que la información divulgada puede incluir información sobre tratamiento de salud mental protegida por las leyes estatales (<i>ORS 179.505 & 192.505, 45 CFR 205.50</i>), y autorizo específicamente que dicha información sea divulgada. | Iniciales: _____ |
| B. Por medio de la autorización anterior, autorizo específicamente que se divulgue información sobre cualquier diagnóstico, tratamiento o remisión respecto a alcohol o drogas. Comprendo que cualquier divulgación se hará conforme a la <i>Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR)</i> , la que regula la confidencialidad de los récords de pacientes sobre el abuso de alcohol y drogas. A quien reciba dicha información solo se le permitirá divulgarla con mi autorización por escrito o según sea permitido por la Parte 2 del 4 CFR. | Iniciales: _____ |
| C. Autorizo específicamente por medio de esta autorización que se divulgue cualquier información sobre VIH (SIDA). | Iniciales: _____ |

Comprendo que esta información podría incluir contenido que de lo contrario sería protegido por las leyes de Oregón. Todas las agencias que participan en Coordinated Access for Adults and Families reconocen que cualquier información compartida entre dichas agencias no será divulgada a partes ajenas sin mi autorización adicional por escrito. Las divulgaciones relevantes que se hacen podrían estar sujetas a la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR), la que regula la confidencialidad de los récords de pacientes sobre el abuso de alcohol y drogas, y las reglas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) establecidas en 45 CFR 160 y 164.

Esta autorización entrará en vigor en la fecha indicada abajo y se vence 12 meses después de la fecha de mi última participación en Coordinated Access for Adults and Families, el plazo de tiempo razonablemente necesario para realizar la divulgación de la información para los fines explicados y mencionados en esta autorización, a menos que yo indique lo contrario. Fecha de vencimiento específico: _____.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida que ya se hubiera implementado alguna acción de acuerdo a la misma. La revocación de esta autorización será válida desde el momento en que Coordinated Access for Adults and Families la reciba por escrito.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y que mi negativa a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento o pagos, ni mi elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que si me niego a firmar, esto podría afectar mi participación en Coordinated Access, las listas compartidas de priorización y acceso a agencias asociadas. Yo puedo examinar o hacer copias de cualquier información utilizada y/o divulgada de acuerdo a esta autorización. Al firmar abajo, indico que apruebo esta autorización y estoy informado(a) de su significado.

Firma de cliente o tutor legal

Fecha

Firma de testigo(a)

Al firmar aquí indico mi revocación de esta autorización: _____ **Fecha:** _____