



## Notificación, Consentimiento y Autorización

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo y reconozco que la AGENCIA PARTICIPANTE es afiliada o parte la Coalición de Coaliciones® Pro Personas sin Hogar de PR, Inc. y por este medio consiento y autorizo:

- La recolección de mi información personal y de salud, en papel o en medios electrónicos, la preparación de expedientes relacionados con los servicios provistos por la AGENCIA PARTICIPANTE, y el compartir dicha información con la COALICIÓN DE COALICIONES®.

También certifico que la AGENCIA PARTICIPANTE me ha notificado el "Aviso Sobre Prácticas de Privacidad", firmo ésta Notificación como evidencia de haber recibido el Aviso y autorizo para que puedan usar y divulgar mi información de salud para efectos de tratamiento, pago y operaciones de salud, en cumplimiento con lo establecido en la legislación federal y estatal aplicable.

**La información y los expedientes compilados por la AGENCIA y la COALICIÓN serán incluidos en la base de datos del sistema de manejo de información electrónica (HMIS) para personas sin hogar, y será utilizada para:**

- Proveer el manejo de casos; preparar informes relacionados con los servicios, los individuos y las entidades que proveen fondos a las agencias parte da la COALICIÓN; identificar necesidades y planificar nuevos servicios, conseguir recursos y servicios entre las agencias; y para cualquier otro fin útil y necesario consistente con las leyes estatales y federales aplicables, manteniendo la privacidad, confidencialidad y seguridad de dicha información, sea mantenida en papel o en medios electrónicos.

**Entiendo y acepto que mi información:**

- Será agregada con la información de otros individuos y será divulgada y compartida con otras agencias, individuos o entidades, con mi "autorización escrita"
- Puede incluir información de salud u otra información protegida por la ley HIPAA y/o cualquier otra legislación estatal o federal relacionada con la privacidad, confidencialidad y seguridad de dicha información, y expreso mi consentimiento para que la misma sea compartida entre las agencias que son parte de la COALICIÓN, ya sea en papel o por medios electrónicos. Dicho consentimiento podré revocarlo en cualquier momento por escrito.

**Tengo derecho a:**

- Inspeccionar, copiar y solicitar enmiendas de todos los récords que tenga la AGENCIA relacionados con los servicios de salud provistos y recibir copia de ésta forma;
- Solicitar se restrinja el compartir mi información de salud, aún cuando la AGENCIA no está obligada a cumplir mi solicitud;
- Solicitar se me informe sobre los servicios a los cuales tengo derecho, de manera confidencial, cumpliendo con legislación estatal y federal relacionada con la privacidad y seguridad de mi información, en papel o en medios electrónicos; y
- Quejarme por escrito ante la AGENCIA y/o la COALICIÓN en caso de violación a mi privacidad sin que se tomen represalias en mi contra.

La AGENCIA PARTICIPANTE se reserva el derecho de modificar los términos y condiciones de esta notificación y consentimiento y de revisarla de tiempo en tiempo. Estará en vigor por un período de tres (3) años que expirarán \_\_\_\_\_ a menos que yo decida revocar el mismo, lo cual puedo hacer en cualquier momento.

### Autorización Para Usar o Divulgar Información de Salud Protegida

Yo, \_\_\_\_\_, número de seguro social \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_ a usar o divulgar la siguiente información: (favor señalar si la información está relacionada con drogas, alcohol, salud mental o información sensitiva):

Esta autorización es válida para el período entre: \_\_\_\_\_, hasta \_\_\_\_\_. Usted puede revocar esta autorización por escrito. La cancelación no aplicará retroactivamente a información divulgada durante la vigencia de esta autorización. La información divulgada como resultado de su autorización, podrá ser divulgada a otros por el que la reciba y dicha divulgación no necesariamente estará protegida por las disposiciones federales sobre privacidad. Certifico que he leído las disposiciones de esta **autorización**, que las entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones en la misma.

**Nombre del Participante** (letra de molde) y Fecha

**Firma del Participante**