



Consentimiento del cliente para la recopilación de datos y la divulgación de información de COHMIS

Este aviso explica cómo se puede compartir y usar su información. También le indica quién puede acceder a su información. Léalo detenidamente y realice cualquier pregunta que tenga.

¿Qué es COHMIS?

El Sistema de Administración de Información para Personas sin Hogar de Colorado (COHMIS, por sus siglas en inglés) es un sistema de datos que almacena información sobre los servicios para personas sin hogar. El nombre del software que almacena estos datos se llama *Clarity Human Services*. El propósito de COHMIS es mejorar la coordinación de los servicios que apoyan a las personas sin hogar o en riesgo de quedarse sin hogar. Para garantizar y navegar mejor esta coordinación, los datos se comparten por todo el estado entre los tres cuerpos de la Constancia de Cuidado (*Continuum of Care, CoC*): MDHI (Región Metropolitana de Denver), *Pikes Peak* (Condado de El Paso) y *Balance of State* (condados restantes). Las agencias activas que participan en COHMIS están listadas en www.coloradohmis.org.

¿Cuál es el propósito de este formulario?

Con este formulario, puede otorgar permiso para que la información sobre usted sea recopilada y compartida con las agencias asociadas que ayudan a proporcionar viviendas y servicios. Las agencias asociadas deben proteger la privacidad de su información de identificación.

Usted tiene derechos con respecto a su información:

- Tiene derecho a preguntar sobre quién ha visto su información.
- Tiene derecho a ver su información en cualquier momento y cambiarla si no está correcta.
- Tiene derecho a cambiar su autorización con respecto al uso de sus datos.
- Tiene derecho a presentar una queja si cree que su información ha sido mal utilizada. El formulario de reclamos se puede solicitar en cualquier momento a cualquier agencia participante de COHMIS.
- Tiene derecho a rechazar la información y al mismo tiempo conservar los derechos de acceso a los servicios.

La información que se recopilará y compartirá puede incluir:

- Nombre, fecha de nacimiento, género, raza, origen étnico, número de seguro social, número de teléfono, dirección
- Información básica médica, de salud mental y de uso de sustancias, e información sobre su vida diaria
- Información de cumplimiento con requisitos para viviendas y programas
- Uso de servicios de crisis, servicios de veteranos, hospitales y cárceles
- Información de empleo, ingresos, seguros y beneficios
- Servicios prestados por agencias asociadas
- Resultados de las evaluaciones
- Fotografía u otra semejanza (si se incluye)

Al firmar este formulario:

- Autorizo a CoC y a *Clarity Human Services* a compartir la información de COHMIS con las agencias asociadas, y la información compartida de COHMIS se utilizará para coordinar los servicios. También se utilizará para ayudar a evaluar la calidad de los programas comunitarios.
- Entiendo que las agencias asociadas pueden cambiar con el tiempo y siempre son responsables de mantener la privacidad de mi información usando los mejores esfuerzos razonables de normas de privacidad.
- Entiendo que las agencias deben cumplir con las leyes federales y de Colorado con respecto a mi información protegida.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento al entregar una revocación completa del formulario de consentimiento, disponible a solicitud, al personal de la agencia.
- Puedo recibir una copia de este formulario de consentimiento.
- Entiendo que este consentimiento caducará 7 años después de mi última actividad registrada en COHMIS.

Nombre del cliente o tutor legal en letra de molde: _____

Firma del cliente o representante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo de la agencia: _____ Fecha: _____

_____ Iniciales del cliente si rechaza el consentimiento

Consentimiento de cliente de COHMIS y ROI v1.0