



Watsonville/Santa Cruz City & County Continuum of Care (CoC) Revocación del consentimiento del cliente HMIS para divulgar información

Yo, _____, por el presente revoco el permiso para que esta agencia comparta mi información personal en Watsonville/Santa Cruz CoC HMIS. Entiendo que mi información permanecerá en HMIS como parte de los datos no identificables recopilados en los servicios prestados dentro del CoC.

Entiendo que la información que ya ha sido ingresada permanece en el sistema. Al cancelar mi acuerdo de participación en HMIS, se restringirá mi información personal guardada.

Además, entiendo que cualquier información ingresada y/o compartida bajo mi consentimiento previamente acordado continuará siendo compartida y que esta Revocación del Consentimiento del Cliente se aplica a cualquier información ingresada en el sistema a partir de este día.

También entiendo que la divulgación de mi información no identificable puede ser requerida en algunos casos, como para el informe de números agregados a entidades que brindan fondos a esta agencia.

Por la presente, HMIS y esta agencia quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación, el uso o la divulgación de información que autorice previamente.

Nombre de la agencia: _____

Representante de la agencia: _____

Número de teléfono: _____

Nombre completo del cliente: _____

Número de Seguro Social/Número de Identificación HMIS del cliente: _____

Firma del cliente

Fecha