

Consentimiento informado del cliente y autorización para divulgar información

POR FAVOR LEA Y REVISE ESTE FORMULARIO CUIDADOSAMENTE

Esta agencia está obligada a obtener su información personal directamente de usted como parte de Helpline Center Network of Care (HCNC). La información que esta agencia recopila sobre usted se utilizará para mejorar los servicios para usted, comprender mejor sus necesidades y documentar por qué necesitamos fondos para operar nuestros programas.

Esta agencia recopila su información y la ingresa en un sistema de datos llamado Helpline Center Network of Care (HCNC).

- HCNC es un sistema de datos del cliente donde la información que proporcione hoy se almacenará y compartirá electrónicamente con otros proveedores de la Agencia Miembro de HCNC para mejorar los servicios que usted recibe.
- Los datos en el sistema HCNC se utilizan para informes, estadísticas, educación y evaluaciones. Su información está protegida por estrictas leyes locales, estatales y federales que deben cumplir todos los proveedores de la Agencia Miembro de HCNC.
- El personal de HCNC ha sido capacitado sobre las reglas, la ética y las leyes sobre protección, privacidad y confidencialidad de su información y todos los usuarios han tenido una verificación de antecedentes formal.
 - Las Agencias Miembros de HCNC se reservan el derecho de proporcionar información del cliente a la policía de manera verbal.

La información siguiente se recopilará sobre usted y su familia y se ingresará en el sistema de datos de HCNC para compartir con otros miembros proveedores de la agencia. Se puede obtener una lista actualizada de las agencias participantes en cualquier momento.

Información de identificación del cliente	Información demográfica	Necesidades e información de servicio	Otra información
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre • Segundo Nombre • Apellido • Número de seguridad social • Fecha de nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Género • Carrera • Etnicidad • Estatus de veterano • Condiciones incapacitantes • Residencia previa a la entrada • Código postal de la última dirección permanente • Estatus de vivienda • Información del contacto • Fecha de inicio / finalización del programa o servicio 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades identificadas • Servicios prestados • Referencias del programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Notas del cliente • Notas del caso • Elementos de datos específicos del programa • Metas • Preocupaciones de seguridad

Autorización de Permisos

Al firmar a continuación, acepto que he leído este formulario y que divulgo mi información como se indica en este documento.

Entiendo que la recopilación y el uso de toda mi información personal están protegidos por estrictos estándares de confidencialidad como se describe por escrito en las Políticas y Procedimientos de Helpline Center Network of Care y que esta agencia no puede darme asesoramiento legal con respecto a mis derechos sobre esta información. También entiendo que mi información personal solo se divulgará de acuerdo con las leyes aplicables de Dakota del Sur.

Firma del cliente

Nombre impreso

Fecha

Firma del testigo de la agencia

Nombre de agencia

Fecha