

**Revocación del cliente de la autorización de múltiples partes para usar y / o divulgar información**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente revoco el permiso para que esta agencia comparta mi información personal en el Sistema de información de gestión de personas sin hogar COC/Continuum of Care del condado de San Diego (HMIS/Homeless Management Information System) y también revoco mi permiso para compartir mis datos al Intercambio de información comunitaria (CIE/Community Information Exchange).

Entiendo que mi información permanecerá en HMIS como parte de los datos no identificables recopilados en los servicios para personas sin hogar proporcionados por el Continuum of Care (CoC) del Condado de San Diego y entiendo que mi información solo se utilizará de acuerdo con los procedimientos descritos en el Documento de Aviso de prácticas de privacidad HMIS de RTFH.

Entiendo que la información que ya ha sido ingresada permanecerá en el sistema. Al cancelar mi acuerdo para compartir información dentro del HMIS, se restringirá mi información personal que se haya guardado.

Además, entiendo que esta revocación del intercambio de datos solo se aplica a la información dentro del HMIS. Cualquier información que fue compartida o retenida fuera de HMIS no se ve afectada por esta revocación. Al firmar, reconozco y entiendo que esta Revocación de consentimiento del cliente para divulgar información se aplica solo al intercambio de información dentro del HMIS a partir de este día.

También entiendo que la divulgación de mi información no identificable puede ser requerida en algunos casos que se detallan en el documento de Aviso de prácticas de privacidad HMIS de RTFH.

La Agencia Principal de CoC HMIS de la Ciudad y el Condado de San Diego y esta agencia quedan exentas de cualquier responsabilidad legal por la divulgación, uso o divulgación de información que autorice previamente.

_____	_____	_____
Nombre del Cliente	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
_____	_____	
Firma del Cliente	Fecha de la Firma (Cliente)	
_____	_____	
Personal de la Agencia	Firma del Personal de la Agencia	
_____	_____	
Nombre de la Agencia	Fecha de la Firma (Personal de la Agencia)	