

**PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
A LA RED DE PROVEEDORES DEL SERVICIO DE PERSONAS SIN HOGAR DE NH**

Motivos para la divulgación: Me gustaría vivir en un alojamiento seguro. Firmo este permiso para permitirle a las agencias en la Red de proveedores del servicio de personas sin hogar de NH hablar acerca de mis necesidades y compartir la información escrita y electrónica para ayudarme a encontrar alojamiento.

Derecho a la privacidad: Tengo derecho a mantener privada la información acerca de mi salud física y mental. Entiendo que los registros acerca de mi consumo de drogas y alcohol están protegidos por reglamentos federales y no se pueden divulgar sin mi permiso. Entiendo que no estoy obligado a dar mi permiso para compartir mi información y que de todas maneras recibiré los servicios si no doy mi permiso.

Permiso: Al firmar este documento, doy mi permiso a las agencias en la Red de proveedores del servicio de personas sin hogar de NH para que compartan información sobre mi salud física y mental. Esa información incluye formularios de solicitud, evaluaciones, planes de servicio, notas de casos, registros de tratamiento y registros sobre consumo de drogas y alcohol.

Cancelación: Entiendo que puedo cancelar mi permiso en cualquier momento informando a cualquier agencia de la Red de proveedores del servicio de personas sin hogar de NH. La cancelación detiene el uso futuro de mi información, pero es posible que no se puedan cambiar las acciones que ya se hayan realizado.

Vencimiento: A menos que revoque mi consentimiento antes, este consentimiento vencerá en 7 años.

Nombre

Firma

Fecha