



FAVOR DE MARCAR EL FONDO DEL PROYECTO DONDE TRABAJARÁ:

- HUD – ESG HUD – CoC HUD – ESG-CV HHS – PATH
 HMIS – HOPWA HHS – RHY VA – SSVF VA – Healthcare for Homeless
 VA – TH HMIS – NO AFILIADA OTHER: _____

Solicitud de Cuenta de Usuario(a) Nuevo(a)

Esta forma deberá ser completada por toda persona que vaya a interactuar con el HMIS de Proyecto Enlace, administrado por la Coalición de San Juan, Inc. Por favor provea la siguiente información:

Fecha de adiestramiento: _____

Nombre Completo: _____

Teléfono: _____

Posición: _____

Organización o Municipio: _____

Programa: _____ ¿Autónomo? Sí No

Correo electrónico que utilizará: _____

Nota: Debe utilizar correo electrónico laboral o relacionado a su organización

¿Sustituyendo a otro usuario? Sí No

Nombre del usuario a sustituir: _____

Acuerdo de Confidencialidad

Acuerdo mantener estricta confidencialidad de la información obtenida a través del sistema de Proyecto Enlace. Utilizaré esta información sólo para la administración y presentación legítima de servicios al cliente. Entiendo que cualquier violación o brecha de confidencialidad podría resultar en la terminación inmediata de mis privilegios como usuario (a) del HMIS de Proyecto Enlace administrado por la Coalición de San Juan, Inc.

Nombre Completo de Usuario (a) en HMIS

Firma – Usuario (a)

Fecha

Para uso exclusivo del Proyecto Enlace:

Niveles de Acceso para Usuario(a) del HMIS:

- “Data Entry” - Este acceso le permite al “data entry” hacer búsquedas en la base de datos en el área de agencias y programas. Puede realizar informes. Puede ver información universal y de registro de la agencia. Tiene acceso al área de Salud (pruebas de laboratorios, historial de drogas). NO tiene acceso al área de Administración.

Nombre del Usuario de HMIS: _____

Contraseña Original: _____

Expedida en: _____

Fecha: _____

Director Ejecutivo: _____