

Agencias Asociadas en el Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar de Georgia (GA HMIS)  
Revocación por parte del Cliente del Consentimiento para Compartir Información

---

Por medio de la presente revoco el consentimiento para que las organizaciones participantes en el GA HMIS compartan la información ingresada en el GA HMIS sobre mí y mi familia. Al firmar este formulario entiendo que las agencias no podrán tener acceso a mi información ni podrán compartirla a menos que yo les otorgue consentimiento nuevamente en el futuro. Asimismo entiendo que esta revocación no afecta las divulgaciones realizadas anteriormente y no resultará en el retiro de la información histórica recolectada sobre mí.

**FIRMA Y RECONOCIMIENTO**

Su firma a continuación indica que ha leído (o le han leído) este formulario, y que sus preguntas han sido absueltas.

**Nombre del Cliente/Tutor Legal (Por favor escriba con letra imprenta):** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de su Seguro Social (SS): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Hijos Menores de Edad (de existir)**

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de su SS: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de su SS: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos de su SS: \_\_\_\_\_

*Solo para Uso del Personal de la Agencia:*

\_\_\_\_\_  
**Nombre de la Organización con Letra Imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Personal de la Organización con Letra Imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Personal de la Organización**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**