DMH Mison:
Dipartamentu di Saúdi Mental (DMH) ta oferesi servisus y apoiu pa individus ku duensa mental sériu y pirsistenti pa fazê-s kapas di vivê indipendentimenti na kumunidadi.

Modi ki ta Pididu Servisu (s) di DMH :

Individus di 18 anus di idadi ó más ki rikeri servisus di saúdi mental através di DMH ten ki submeti siginti formulárius konpletu, ku **asinaturas y datas** undi sta indikadu:

- *Rikerimentu di Servisus pa Adultu*.
- *Autorizason(s) pa Divulgason di Informason* (konsulta pájina 8)

Enbora informason adisional ka é izijidu na altura di un rikerimentu pa servisus, DMH ta inkuraja kandidatus pa submeti informason médiku/psikiátriku **dispunível**. Ta rekomendadu fortimenti pa informason ser submetidu au mesmu tenpu ki rikerimentu pa asin aselera diterminason di prosesu. Tal informason adisional ta inklui:

- Fixerus y testis di pasienti psikiátriku sternu y
- Relatórius di internamentu y alta di ospital.

Instrusons di Prestador di Kuidadus:

Un Prestador di kuidadus ki ta asisti na rikerimentu pa DMH ten ki konfirma ki individu ó enkarregadu foi informdu di, y ka fazi objeson, submison di rikerimentu. Siginti informason klíniku ten ki ser inkluídu:

- Avaliason psikiátriku, inkluindu diagnóstiku di DMS,
- Kualker avaliason dispunível (e.g., psiko-sosial, medikason, testi neuropsikolójiku, etc.),
- Kualker sumáriu di internamentu y alta,
- Prezenti planu di tratamentu, y
- *Autorizason(s) pa Divulga Informason* (konsulta pájina 10)

DMH podi rikeri informason klíniku adisional si nesesáriu.
.

Kuza ki Bu ta Spera Dipos di Bu Submeti un Rikerimentu:

Dentu di seti (7) dias dipos di reseson di un *Rikerimentu di Servisus pa Adultu*, DMH ta kontata kandidatu ó enkarregadu via telefoni. Objetivu di kontatu telefóniku é pa:

- Rikonhesi ki DMh resebi *Rikerimentu di Servisus pa Adultu*
- Revizon di prosesu di diterminason,
- Konfirma si kandidatu ó enkarregadu kre kontinua prosesu di diterminason,
- Avalia nesesidadis imidiatu ó imerjenti di kandidatu y respondi di manera apropriadu
- Inisia kuleson di informason médiku relevanti y otus ki ta suporta rikerimentus di kandidatu pa servisus.

Un *Spesialista Klíniku di Servisu di Autorizason* di DMH podi rikeri, si nesesáriu, un riunion kara-a-kara ku kandidatu y/ó enkarregadu pa diskuti más y avalia nesesidadi di kandidatu. Na maioria di kazus, un riunion kara-a-kara ta kontesi na skritóriu di DMH. En alguns sirkunstânsias, un riunion kara-a-kara podi kontesi nun otu lugar di kumun akordu.

Diretor di DMH di Ária ó un delegadu ta toma disizons aserka di pididu di servisus dipos di resebi y fazi revizon di informason di akordu ku regras di DMH **http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/regs/reg-104cmr29.pdf.**

Si inkontradu ki un individu ta satisfazi kritérius klíniku pa servisus, Diretor di Ária ó un delegadu ten ki ditermina si es individu ta mesti servisus di DMH. Un bes ki dispunibilidadi di servisus di DMH é limitadu, DMH ten ki prioritiza pa ken y modi ki es servisus ta ser oferesidu. Regras di DMH ta stabelesi kritérius pa ser uzadu pa ditermina ken é autorizadu pa resebi servisus di DMH y modi kes servisus é planiadu

Undi ta inkontradu formulários di Rikerimentu y Autorizason pa Divulgason di Informason:
Pididu di Rikerimentu di Servisu pa Adultu y Autorizason pa Divulgason di Informason ta sta dispunível en Inglês, Spanhol, Haitianu, y Português na tudu skritóriu di DMH di Ária, instituisons psikiátriku pa pasientis internu ku problemas gravi, na txeu programas di kumunidadi di Commowealth y podi ser kopiadu na www.mass.gov/dmh. di DMH. DMH podi oferesi tradutoris pa otus linguas y otus asistênsia si for nesesáriu.

Pididu di Rikerimentus:
Un pididu di formulários di *Rikerimentu di Servisu pa Aultu y Autorizason pa Divulgason di Informason* asinadu y datadu ten ki ser intregadu, mandadu na kurreiu ó na fax pa DMH di Ária ó Skritóriu Lokal ku risponsabilidadi pa kumunidadi undi kandidatu ta rizidi na altura di rikerimentu.

Pa undi ta mandadu *Pididus di Servisus pa Adultu*:
Pur favor inkontra bu sidadi ó vila na lista ki sta na pájinas siginti, y manda bu pididu pa Skritóriu di DMH na lista en baxu. Pur favor telefonna pa númeru di lista si bu ten kualker pergunta.

Skritóriu	Inderesu di Kurreiu	Númeru di telefoni	Númeru di Fax
Boston	85 East Newton Street, Boston, MA 02118	(617) 626-9200	(617) 626-9216
Brockton	165 Quincy Street, Brockton, MA 02302	(508) 897-2000	(508) 897-2047
Northampton	1 Prince Street, Northampton, MA 01060	(413) 587-6200	(413) 587-6240
Tewksbury	P.O. Box 387, Tewksbury, MA 01876-0387	(978) 863-5000	(978) 863-5091
Westborough	Hadley Building, 167 Lyman Street, Westborough, MA 01581	(508) 616-3500	(508) 616-3599
Worcester	361 Plantation St. Worcester, MA 01605	(774) 420-3140	(774) 420-3140

Rikerimentus KA debi ser mandadu pa Skritóriu Sentral di DMH na Staniford Street in Boston. SI bu faze-l isu ta rezulta na perda di rikerimentu y dimora na prosesu di disizon.

Pur favor kontata *LInha di Telefoni di Informason y Referênsia* di *DMH na* **1-800-221-0053** (Segunda-fera pa Sesta-fera, 9am – 5pm) si bu ten perguntas serka di prosesu di rikerimentu ó si bu mesti informason pa undi rikerimentu debi ser mandadu.

RIKERIMENTU DI SERVISUS PA ADULTU ***Ifetivu Otubru di 2009*** *(Retifikadu Abril di 2015)*

City or Town	DMH Office	City or Town	DMH Office	City or Town	DMH Office	City or Town	DMH Office
Abington	Brockton	Boston - Hyde Park	Boston	Danvers	Tewksbury	Hadley	Northampton
Acton	Westborough	Boston-Jamaica Plain	Boston	Dartmouth	Brockton	Halifax	Brockton
Acushnet	Brockton	Boston - Mattapan	Boston	Dedham	Westborough	Hamilton	Tewksbury
Adams	Northampton	Boston - North End	Boston	Deerfield	Northampton	Hampden	Northampton
Agawam	Northampton	Boston - Revere	Boston	Dennis	Brockton	Hancock	Northampton
Alford	Northampton	Boston - Roslindale	Boston	Dennisport	Brockton	Hanover	Brockton
Allston	Boston	Boston - Roxbury	Boston	Dighton	Brockton	Hanson	Brockton
Amesbury	Tewksbury	Boston - Somerville	Boston	Dorchester	Boston	Hardwick	Worcester
Amherst	Northampton	Boston - South End	Boston	Douglas	Worcester	Harvard	Worcester
Andover	Tewksbury	Boston - Southie	Boston	Dover	Westborough	Harwich	Brockton
Aquinnah	Brockton	Boston – W. Roxbury	Boston	Dracut	Tewksbury	Harwichport	Brockton
Arlington	Westborough	Boston - Winthrop	Boston	Dudley	Worcester	Hatfield	Northampton
Ashburnham	Worcester	Bourne	Brockton	Dunstable	Tewksbury	Haverhill	Tewksbury
Ashby	Worcester	Boxborough	Westborough	Duxbury	Brockton	Hawley	Northampton
Ashfield	Northampton	Boxford	Tewksbury	East Boston	Boston	Heath	Northampton
Ashland	Westborough	Boylston	Worcester	E. Bridgewater	Brockton	Hingham	Westborough
Assonet	Brockton	Bradford	Tewksbury	East Brookfield	Worcester	Hinsdale	Northampton
Athol	Northampton	Braintree	Westborough	E. Longmeadow	Northampton	Holbrook	Brockton
Attleboro	Brockton	Brewster	Brockton	East Sandwich	Brockton	Holden	Worcester
Auburn	Worcester	Bridgewater	Brockton	Eastham	Brockton	Holland	Worcester
Avon	Brockton	Brighton	Boston	Easthampton	Northampton	Holliston	Westborough
Ayer	Worcester	Brimfield	Worcester	Easton	Brockton	Holyoke	Northampton
Back Bay	Boston	Brockton	Brockton	Edgartown	Brockton	Hopedale	Worcester
Baldwinville	Worcester	Brookfield	Worcester	Egremont	Northampton	Hopkinton	Westborough
Barnstable	Brockton	Brookline	Boston	Erving	Northampton	Hubbardston	Worcester
Barre	Worcester	Buckland	Northampton	Essex	Tewksbury	Hudson	Westborough
Beacon Hill	Boston	Burlington	Westborough	Everett	Tewksbury	Hull	Westborough
Becket	Northampton	Buzzards Bay	Brockton	Fairhaven	Brockton	Huntington	Northampton
Bedford	Westborough	Byfield	Tewksbury	Fall River	Brockton	Hyannis	Brockton
Belchertown	Northampton	Cambridge	Boston	Falmouth	Brockton	Hyde Park	Boston
Bellingham	Worcester	Canton	Westborough	Fenway	Boston	Ipswich	Tewksbury
Belmont	Westborough	Carlisle	Westborough	Fiskdale	Worcester	Jamaica Plain	Boston
Berkeley	Brockton	Carver	Brockton	Fitchburg	Worcester	Jefferson	Worcester
Berlin	Worcester	Charlemont	Northampton	Florida	Northampton	Kingston	Brockton
Bernardston	Northampton	Charlestown	Boston	Foxborough	Westborough	Lakeville	Brockton
Beverly	Tewksbury	Charlton	Worcester	Framingham	Westborough	Lancaster	Worcester
Billerica	Tewksbury	Chatham	Brockton	Franklin	Worcester	Lanesborough	Northampton
Blackstone	Worcester	Chelmsford	Tewksbury	Freetown	Brockton	Lawrence	Tewksbury
Blandford	Northampton	Chelsea	Boston	Gardner	Worcester	Lee	Northampton
Bolton	Worcester	Cherry Valley	Worcester	Gay Head	Brockton	Leicester	Worcester
Bondsville	Northampton	Cheshire	Northampton	Georgetown	Tewksbury	Lenox	Northampton
Boston - Allston	Boston	Chester	Northampton	Gilbertville	Worcester	Leominster	Worcester
Boston - Back Bay	Boston	Chesterfield	Northampton	Gill	Northampton	Leverett	Northampton
Boston - Beacon Hill	Boston	Chicopee	Northampton	Gloucester	Tewksbury	Lexington	Westborough
Boston - Brighton	Boston	Chilmark	Brockton	Goshen	Northampton	Leyden	Northampton
Boston - Brookline	Boston	Clarksburg	Northampton	Gosnold	Brockton	Lincoln	Westborough
Boston - Cambridge	Boston	Clinton	Worcester	Grafton	Worcester	Linwood	Worcester
Boston-Charlestown	Boston	Cohasset	Westborough	Granby	Northampton	Littleton	Westborough
Boston - Chelsea	Boston	Colrain	Northampton	Granville	Northampton	Longmeadow	Northampton
Boston - Chinatown	Boston	Concord	Westborough	Great Barrington	Northampton	Lowell	Tewksbury
Boston - Dorchester	Boston	Conway	Northampton	Green Harbor	Brockton	Ludlow	Northampton
Boston - Downtown	Boston	Cotuit	Brockton	Greenfield	Northampton	Lunenburg	Worcester
Boston - East	Boston	Cummington	Northampton	Groton	Worcester	Lynn	Tewksbury
Boston - Fenway	Boston	Dalton	Northampton	Groveland	Tewksbury	Lynnfield	Tewksbury

City or Town	DMH Office	City or Town	DMH Office	City or Town	DMH Office	City or Town	DMH Office
Malden	Tewksbury	North Truro	Brockton	Sandisfield	Northampton	Wales	Worcester
Manchester	Tewksbury	Northampton	Northampton	Sandwich	Brockton	Walpole	Westborough
Manomet	Brockton	Northborough	Westborough	Saugus	Tewksbury	Waltham	Westborough
Mansfield	Brockton	Northbridge	Worcester	Savoy	Northampton	Ware	Northampton
Marblehead	Tewksbury	Northfield	Northampton	Scituate	Westborough	Wareham	Brockton
Marion	Brockton	Norton	Brockton	Seekonk	Brockton	Warren	Worcester
Marlborough	Westborough	Norwell	Westborough	Sharon	Westborough	Warwick	Northampton
Marshfield	Brockton	Norwood	Westborough	Sheffield	Northampton	Washington	Northampton
Marston Mills	Brockton	Oak Bluffs	Brockton	Shelburne	Northampton	Watertown	Westborough
Martha's Vineyard	Brockton	Oakham	Worcester	Sherborn	Westborough	Wayland	Westborough
Mashpee	Brockton	Onset	Brockton	Shirley	Worcester	Webster	Worcester
Mattapan	Boston	Orange	Northampton	Shrewsbury	Worcester	Wellesley	Westborough
Mattapoisett	Brockton	Orleans	Brockton	Shutesbury	Northampton	Wellfleet	Brockton
Maynard	Westborough	Osterville	Brockton	Somerset	Brockton	Wendell	Northampton
Medfield	Westborough	Otis	Northampton	Somerville	Boston	Wenham	Tewksbury
Medford	Tewksbury	Oxford	Worcester	South Boston	Boston	West Barnstable	Brockton
Medway	Worcester	Palmer	Northampton	South Hadley	Northampton	West Boylston	Worcester
Melrose	Tewksbury	Paxton	Worcester	South Wellfleet	Brockton	West Bridgewater	Brockton
Mendon	Worcester	Peabody	Tewksbury	South Yarmouth	Brockton	West Brookfield	Worcester
Merrimac	Tewksbury	Pelham	Northampton	Southampton	Northampton	West Newbury	Tewksbury
Methuen	Tewksbury	Pembroke	Brockton	Southborough	Westborough	West Roxbury	Boston
Middleborough	Brockton	Pepperell	Worcester	Southbridge	Worcester	West Springfield	Northampton
Middlefield	Northampton	Peru	Northampton	Southwick	Northampton	West Stockbridge	Northampton
Middleton	Tewksbury	Petersham	Northampton	Spencer	Worcester	West Tisbury	Brockton
Milford	Worcester	Phillipston	Northampton	Springfield	Northampton	West Yarmouth	Brockton
Millbury	Worcester	Pittsfield	Northampton	Sterling	Worcester	Westborough	Westborough
Millers Falls	Northampton	Plainfield	Northampton	Stockbridge	Northampton	Westfield	Northampton
Millis	Westborough	Plainville	Westborough	Stoneham	Tewksbury	Westford	Tewksbury
Millville	Worcester	Plymouth	Brockton	Stoughton	Brockton	Westhampton	Northampton
Milton	Westborough	Plympton	Brockton	Stow	Westborough	Westminster	Worcester
Monroe	Northampton	Pocasset	Brockton	Sturbridge	Worcester	Weston	Westborough
Monson	Northampton	Princeton	Worcester	Sudbury	Westborough	Westport	Brockton
Montague	Northampton	Provincetown	Brockton	Sunderland	Northampton	Westwood	Westborough
Monterey	Northampton	Quincy	Westborough	Sutton	Worcester	Weymouth	Westborough
Montgomery	Northampton	Randolph	Westborough	Swampscott	Tewksbury	Whately	Northampton
Mt Washington	Northampton	Raynham	Brockton	Swansea	Brockton	White Horse Bch	Brockton
Nahant	Tewksbury	Reading	Tewksbury	Taunton	Brockton	Whitinsville	Worcester
Nantucket	Brockton	Rehoboth	Brockton	Teaticket	Brockton	Whitman	Brockton
Natick	Westborough	Revere	Boston	Templeton	Worcester	Wilbraham	Northampton
Needham	Westborough	Richmond	Northampton	Tewksbury	Tewksbury	Williamsburg	Northampton
New Ashford	Northampton	Rochdale	Worcester	Thorndike	Northampton	Williamstown	Northampton
New Bedford	Brockton	Rochester	Brockton	Three Rivers	Northampton	Wilmington	Westborough
New Braintree	Worcester	Rockland	Brockton	Tisbury	Brockton	Winchendon	Worcester
New Marlborough	Northampton	Rockport	Tewksbury	Tolland	Northampton	Winchester	Westborough
New Salem	Northampton	Roslindale	Boston	Topsfield	Tewksbury	Windsor	Northampton
Newbury	Tewksbury	Rowe	Northampton	Townsend	Worcester	Winthrop	Boston
Newburyport	Tewksbury	Rowley	Tewksbury	Truro	Brockton	Woburn	Westborough
Newton	Westborough	Roxbury	Boston	Turners Falls	Northampton	Wollaston	Westborough
Norfolk	Westborough	Royalston	Northampton	Tyngsborough	Tewksbury	Woods Hole	Brockton
North Adams	Northampton	Russell	Northampton	Tyringham	Northampton	Worcester	Worcester
North Andover	Tewksbury	Rutland	Worcester	Upton	Worcester	Worthington	Northampton
North Attleboro	Brockton	Sagamore	Brockton	Uxbridge	Worcester	Wrentham	Westborough
North Brookfield	Worcester	Salem	Tewksbury	Vineyard Haven	Brockton	Yarmouth	Brockton
North Reading	Tewksbury	Salisbury	Tewksbury	Wakefield	Tewksbury	Yarmouthport	Brockton

Kategorias di Rasa y Etnisidadi:

Informason di Rasa y Etnisidadi é rikeridu pa DMH podi oferesi midjor servisus ki é kultural y linguistikamenti apropriadu sentradu na pesoa. Tanbé el ta djuda Dipartamentu kunpri regras y regulamentus, y ta pirmiti planiamentu di nesesidadis di servisus ainda ka satisfatóriu.

Da informason serka di Rasa y Etnisidadi é opsional. Bu disizon pa faze-l ó ka faze-l, ka ta afeta di ninhun manera bu rikerimentu pa servisus di DMH.

Opson siginti podi ser uzadu pa konpleta kategorias di:"Rasa " y "Etnisidadi" na Rikerimentu di Servisu pa Adultu. Na prienxi rikerimentu, pesoa ki ten más di un rasa ó etnisidadi é sujeridu pa idetifiká-s.

RASA

Dizignason siginti ben di guvernu federal:

Opsons di Rasa
Pretu ó Afro- Amerikanu Aziátiku
Pretu/Spánu
ÍndiuAmerikanu Índiu/ Nativu di Alaska
Skodji ka Auto-Identifika
Otu
Nativu di Hawai ó di otus ilhas di Pasíifiku
Dos ó más Rasa
Inkógnitu
Branku/Spanu
Branku/Non-Spanu

ETNISIDADI

Etnisidadi é difinidu kuma un grupu di pesoas ki sta ligadu pa un orijen nasional kumun, stória, língua, ó kustumis y spriênsis kultural. Lista siginti é dadu pa mostra alguns izenplus di etnisidadi y grupus étnikus y ka ta signiifika ki é un lista konpletu

Izemplus di Etnisidadi		
Albanianu	Gregu	Pakistanês
Amerikanu - USA	Guatemalanu	Peruanu
Arméniu	Haitianu	Panamanianu
Bhutanês	Ispániku, Otu	Polaku
Bosnianu	Hmong	Portugês
Brazileru	Honduranu	PuertuRikenhu
Burmês	Indianu	Rusu
Cambodianu	Iranianu	Salvadorenhu
Canadianu	Irakianu	Somáliu
Cabuverdeanu	Irlandês	Thaianu
Chinês	Israelita	Tibetanu
Colombianu	Italianu	Ukranianu
Congolês	Japanês	Inkógnitu
Costa Rikenhu	Koreanu	Venezuelanu
Dominikanu	Laosianu	Vietnamita
Egípsiu	Lebanês	Oesti Indianu/Caribianu
Eritreanu	Mexicanu	
Etíopi	Morrokinu	Dos ó Más Etnisidadis
Filipinnu	Nijerianu	Otus
Fransês	Nicaraguanu	Skodji Ka Auto-Identifika

Nomi _____ SSN _____
(Últimu) (Primeru) (di meiu) (Númeru di Seguransa Sosial)

Inderesu _____
(Númeru y Rua) (Apt No) (Si*dadi*) (Stadu) (Kódigu Postal)

Modi ki nu podi kontatá-bu? (Pur favor marka tudu ki ta aplika y dá-nu númeru di telefoni/inderesu di e-mail

☐ Telefoni Dia/trabadju ( ) _____ Nu podi dexa mensajen? Sin ☐ No ☐
☐ Telefoni di Noti ( ) _____ Nu podi dexa mensajen? Sin ☐ No ☐
☐ Telemóvel ( ) _____ Nu podi dexa mensajen? Sin ☐ No ☐
☐ e-mail _____ Nu podi dexa mensajen? Sin ☐ No ☐

Data di Nasimentu ___/___/____ Idadi _____ Jéneru_____ Rasa _____ Etnisidadi_____ Stadu Marital_____
MM DD AAAA *(Opsional)* *(Opsional)*

Lingua Prefirida _____ Bu ta papia Inglês? Sin ☐ No ☐

Bó é surdu ó ten difikuldadi di obi? Sin ☐ No ☐ Bu ta mesti servisus di intérpreti? Sin ☐ No ☐

Bu fazi servisu militar algun bes? Sin ☐ No ☐ Inkógnitu ☐

Nomi di Kontatu di Imerjênsia_____ Telefoni # _____
Pur favor inklui un Divulgason di Informason (Últimu) (Primeru)

Informason di Tutela:
Bu ten un enkarregadu legal nomiadu pa tribunal? Sin ☐ No ☐ Si sin, ki tipu ? _____

Si sin, pur favor submeti un kópia di dikretu di tutela ku es rikerimentu. Enkarregadu legal ten ki asina rikerimentu y tudu Autorizason pa Divulgason di informason pa rikerimentu podi ser prosesadu.

Nomi di Enkarregadu Legal _____ Relason _____
(Últimu) (Primeru) (Relson ku Kandidatu)

Inderesu di Enkarregadu_____
(Númweru y Rua) (Apt No) (Sidadi) (Stadu) (Kódigu Postal)

Modi ki nu podi kontata Enkarregadu? Pur favor marka tudu ki ta aplika y dá-nu númeru di telefoni/inderesu di e-mail

☐ Telefoni Dia/trabadju ( ) _____ Nu podi dexa mensajen? Sin ☐ No ☐
☐ Telefoni di Noti ( ) _____ Nu podi dexa mensajen? Sin ☐ No ☐
☐ Telemóvel ( ) _____ Nu podi dexa mensajen? Sin ☐ No ☐
☐ e-mail _____ Nu podi dexa mensajen? Sin ☐ No ☐

Seguru di Saúdi:

Sen seguru di saúdi ☐ Medicare ☐ One Care ☐ Medicare/Medicaid ☐
Rikerimentu pa Seguru di Saúdi Pendenti ☐ Pur favor Spisiifka Seguru:_____
Medicaid/MassHealth ☐ Tipu:_____

Si MassHealth y menus 21, kandidatu sta prezentimenti involvidu na Servisu(s) CBHI *(e.g.,Na Kaza, Terapia, Kordenason di Kuidadu etc.)?* ☐ Sin ☐ No

Pur favor identifika: _____

Seguru:Privadu ☐ Pur favor Spisiifika Seguru:_____

Fonti di Vensimentu

Inpregu ☐ SSI ☐ Seguransa Sosial ☐ Familia ☐

Sen Vensimentu ☐ SSDI ☐ Ajuda di Imerjênsia ☐ Otu ☐ Pur favor Spisiifika:_____

Informason di Diagnóstiku

Prezentimenti bu ten un diagnóstiku psikiátriku? Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu ☐

Si sin, pur favor lista tudu diagnóstiku kunhesidu _____

_____

_____

Situason Prezenti:

Bu sta prezentimenti nun ospital? Sin ☐ No ☐ Si sin, undi? _____

Bu sta prezentimenti sen abrigu? Sin ☐ No ☐ Ta involvi ajênsia, Si algun: _____

Bu sta prezentimenti inkarseradu? Sin ☐ No ☐ Si sin, undi? _____

Bu sta prezentimenti en liberdadi vijiada? Sin ☐ No ☐ Si sin, Nomi di ofisial di liberdadi vijiada _____

Es é un rekomendason 688? Sin ☐ No ☐ Si sin, lista LEA: _____

Bu sta atualmeti involvidu ku otu ajênsia di stadu? Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu ☐

Si sin, ki ajênsia? Marka tudu ki ta aplika:

DCF ☐ DDS ☐ EOEA ☐ DPH ☐ DYS ☐ MRC ☐ MCDHH ☐ MCB ☐ VA ☐

Si bó é pai/mai, ó padrastu/madrasta, fidjus ta mora ku bó? Sin ☐ No ☐ Ka ta Aplika ☐

Prestador di Kuidadu di Saúdi Mental Primáriu:

Pur favor indika ken ki ta kuida di bu saúdi mental regularmenti. Si bu ka ten ninhun rikursu di kuidadu di saúdi mental regular, uza es sekson pa indika bu rikursu di kuidadu di saúdi mental más resenti.

Prestador Primáriu di Saúdi Mental _____ Atual prestador? Sin ☐ No ☐
(Últimu) (Primeru)

Inderesu _____
(Númeru y Rua) (Apt No) (Sidadi) (Stadu) (Kódigu Postal)

Númeru di Telefoni ( ) _____ Stenson: _____

Otus Suportis:

Nomi	Relason (e.g., Terapeuta, familia, kleru)	Inderesu	Telefoni	Divulgason Di Informason (ROI)?

Saúdi Fíziku Jeral:
Pur favor indika ken ki ta kuida di bu saúdi fíziku regularmenti. Si ka ten ninhun rikursu di kuidadu di saúdi fíziku regular, uza es sekson pa indika bu RIKURSU di kuidadu di saúdi fíziku más resenti.

Médiku Primáriu di Saúdi Fíziku _____ Atual prestador? Sin ☐ No ☐
(Últimu) (Primeru)

Inderesu di Médiku Primáriu: _____
(Númeru y Rua) (Apt No) (Sidadi) (Stadu) (Kódigu Postal)

Númeru di Telefoni ( ) _____ Stenson: _____

Bu ten kualker problema médiku ki ta rekeri kuidadu regular? Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu ☐

Algun bes bu diagnostikadu ku un problema neurolójiku? Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu ☐
Si sin, favor diskrebi kualker problemas médiku ó neurolójiku atual: _____

Medikasons:

Atualmenti bu sta toma algun medikamentu? Sin ☐ No ☐ Diskunhesidu ☐

Si sin, pur favor lista medikamentus y dosajens: _____

Si sin, ken é ki atualmenti sta reseita es medikamentus? _____

Pamodi bu sta rekeri servisus? (Marka tudu ki ta aplika y uza spasu dibaxu pa kresenta komentárius)

‘N sta involvidu na servisus di saúdi mental kuma pasienti sternu, mas ‘N ta pensa ki ‘N mesti asistênsia adisional. ☐

‘N ka sta involvidu na servisus di saúdi mental y ‘N ta pensa k ‘N presiza sta ☐

Otus pesoas ta pensa ki ‘N podi sta mesti servisus ☐

Ki tipu di servisus bu pensa bu ta mesti? _____

DITERMINASON DI AUTORIZASON DI SERVISU DI DMH

Nomi di Kandidatu:

- 'N ta rikeri pa Dipartamentu Saúdi Mental (DMH) konduzi un diterminason di autorizason di servisu di DMH. 'N manda en aneksu formulárius di *Autorizason pa Divulgason di Informason* ku es rikerimetu si nesesáriu. 'N ta persebi ki DMH ta rikodji y fazi revizon di fixerus médiku kuma parti di prosesu di diterminason. 'N ta persebi ki nha nomi y nha informason ta ser inkluidu nun sistema di arkivu di fixeru di DMH.
- DMH podi rikeri un intrevista pesoal ku mi ó un avaliason klíniku en sirkunstânsias undi fixerus klíniku ka é sufisienti pa fazi un diterminason.
- 'N ta ser izijidu divulga informason serka di nha vensimentu y seguru y 'N podi ser kobradu pa servisus konformi nha kapasidadi pa paga.
- 'N ta persebi ki disizon di DMH podi ser apeladu kuandu é diterminadu ki kandidatus ka é aprovadu pa servisus pamodi es ka satisfazi kritériu pa servisus di DMH.
- 'N resebi un kópia di Nota di Prátikas di Privasidadi di DMH (na apêndisi des rikerimentu pa servisus)
- 'N da DMH permison pa kumunika ku pesoa identifikadu en baxu ki asisti ku es rikerimentu serka di nha pididu pa servisus di DMH. Es permison é válidu atê nha rikerimentu ser konpletamenti prosesadu ó 'N notifika DMH pur skritu ki 'N revoká-l.

Sinatura di kandidatu ó enkarregadu legal di pesoa | Nomi di kandidatu (inprimi) | Data asinadu

PESOA KI ASISTI KANDIDATU

Es sekson pa ser konpletadu pa prestador di servisu ó otu pesoa ki asisti kandidatu ku rikerimentu..

Nomi _____ Relason _____
(Últimu) (Primeru) (Relason ku Kandidatu)

Inderesu _____
(Núneru y Ruat) (Apt No) (Sidadi) (Stadu) (Kódigu Postal)

Telefoni ( ) _____ Dia ☐ Noti ☐ Telemóvel ☐

PROGRAMA Ó INSTITUISON KI TA SUBMETI RIKERIMETU NA NOMI DI KANDIDATU

Es sekson pa ser konpletadu pa programa ó instituison ki ta submeti rikerimetu en nomi di kandidatu.

Nomi di Programa ó Instituison | Nomi di Kandidatu

☐ Kandidatu foi informadu en _____ki un rikerimentu foi prienxidu na se nomi y el/ela ka fazi objeson
☐ Kandidatu ka ten kapasidadi y un pitison pa tutela foi prienxidu na tribunal apropriadu (kópia di pitison aneksadu)

Bu Nomi (pur favor inprimi) | Bu Asinatura y Títulu

PA SUBMETI FORMULÁRIUS DI DIVULGASOB DI INFORMASON MÉDIKU

Kuma parti di pididus pa prosesu di diterminason di Servisus di DMH, DMH ta fazi revizon di tudu fixeru di kuidadu di saúdi mental dispunível resebidu pa kandidatu. Pur favor submeti formulárius di *Autorizason pa Divulgason di Informason* asinadu juntamenti ku rikerimetu,

1. Favor submeti **formuláriu** di *Autorizason pa Divulgason di Informason* **pa kada prestador** di kuidadus di saúdi mental. Si kuidadu di saúdi mental é ofersidu através di un klínika, favor indika prestador prinsipal di klínika.
2. Un **formuláriu** di *Autorizason pa Divulgason di Informason* asinadu **pa kada prestador** di kuidadus di saudi mental dadu através di un klínika, pur favor identifika un prestador primáriu di kuidadu na kel kinika.
3. Alén disu, pur favor submeti formuláriu di *Autorizason pa Divulgason di Informason* pa kualker otu informason klíniku ki kandidatu ta gostaba di ser konsideradu kuma parti di diterminason.
4. Pur favor virifika izatidon di nomi, inderesu y númeru di telefoni na kada formuláriu di divulgason. Nomis, inderesus y númerus di telefoni ta aselera prosesu di revizon.

Kuantu formulárius *di Autorizason pa Divulgason di Informason sta ser submetidu ku es rikerimentu?* ☐

DMH tanbé ta fazi revizon di kualker fixerus médiku ki kandidatu ó kes ki sta asisti kandidatu podi ten na ses posi y deseja submeti pa konsiderason.

1. Pur favor konpleta y asina formuláriu di *Autorizason pa Divulgason di Informason* pa kada fixeru médiku ki sta aneksadu nes rikerimentu, na kazu pesoal di DMH kre klarifika informason kontidu na fixeru..
2. Kópias di fixerus médiku ka podi ser divolvidu, pur isu, pur favor ka bu manda kópias di orijinal

Kuantu kópias di fixerus médiku orijinal sta aneksadu na rikerimentu? ☐

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DIPARTAMENTU DI SAÚDI MENTAL
Authorizason paDvulga Informason

Dos - Sentidu

Nmi: **Otu Nomi(s):**

Inderesu: **Telefoni:**

Seguransa Sosial #: **Data di Nasimentu:**

'N autoriza Dipartamentu di Saúdi Mental (DMH) pa resebi y divulga informason di ó pa pesoa, ajênsia ó instituison abaxo mensionadu, ker verbalmenti ker pur skritu sima sta indikadu nes autorizason.

Nomi: **Atenson:** **Telefoni:**

Rua: **Sidadi/Vila:** **Stadu:** **Códigu Postal:**

Informason: Kontatu di DMH

Nomi: **Telefoni:**

Inderesu:

Pesoa ki sta prienxi es formuláriu ten ki da purmenoris sima data(s) izijidu na informason. Pur favor nota ki rikerimentu pa divulgason di nota di psikoterapia ka podi ser konbinadu ku ninhun otu tipu di rikerimentu.

Spisifika informason pa ser divulgadu

- ☐ Fixeru Interu
- ☐ Dokumentason di Internamentu
- ☐ ISPs & IAPs
- ☐ Notas di Psikiatria
- ☐ Sumáriu di Alta
- ☐ Sumáriu di Transferênsia
- ☐ Izami Fíziku
- ☐ Testi Neuropsíkiku
- ☐ Avaliasons
- ☐ Avaliason & Testis
- ☐ Relatóriu di Laboratóriu
- ☐ Otus *(spisiifika en baxu)*
- ☐ Planus di Tratamentu
- ☐ Notas di Psikoterapia
- ☐ Konsulta *(inklui nomi di konsultor)*

_____
_____
_____
_____
_____

Objetivu pa autorizason (ten ki marka un):

☐ Sujeitu di informason ó Reprezentanti Pesoal ki inisia autorizason (objetivu spisífiku ka é rikeridu)

ó

☐ Kordena kuidadu ☐ Fasilita faturason

☐ Referênsia ☐ Ten seguru, finansiamentu, otus benifsius

☐ Otus objetivus (pur favor spisifika):_____

Un kópia des autorizason debi ser konsideradu ton válidu sima orijinal

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DIPARTAMENTU DI SAÚDI MENTAL

Autorizason pa Divulgason di Informason
Dos-Sentidu (Kontinua)

Nomi di pesoa/instituison/ajênsia ó otus alén di DMH pa resebi ó divulga informason:_____

'N ta persebi ki 'N ten direitu di rivoka es autorizason en kualker altura. Si 'N rivoka es autorizason, 'N ten ki fazê-l pur skritu y prezentá-l pa DMH na inderesu di DMH identifikadu na pájina un. 'N ta persebi ki rivokason ka ta aplika pa autorizason ki já foi divulgadu na prokura des autorizason. 'N ta persebi ki rivokason ka ta aplika pa nha konpainha di seguru, kuandu lei ta da nha seguradora direitu di kontesta un reinvindison dibaxu di nha pólisi. Es autorizason ta termina (spisifka data, periudu di tenpu, ó un iventu) _____ ó, si nada é spisifikadu, el ta termina kuandu 'N ka sta ta resebi más servisu di DMH. 'N ta persebi ki un bes ki informason sitadu antis é divulgadu pa un pesoa, instituison, ó ajênsia fora di DMH, es distinatáriu podi redivulgá-l y informason podi ka ser protejidu pa lei ó regulamentus di privasidadi federal ó stadual. 'N ta persebi ki autorizason di uzu ó divulgason di informason identifikadu na parágrafu anterior é voluntáriu. 'N ka mesti sina es formuláriu pa 'N podi resebi servisus di DMH y/ó di otus pesoas, instituison ó ajênsia mensionadu. Kontudu, falta di kapasidadi di partilha ó resebi informason podi inpidi DMH, y/ó otu pesoas, instituison ó ajênsia mensionadu oferesi kuidadu apropriadu y nesesáriu.

X _____ _____
Bu sinatura ó sinatura di Pesoa Reprezentanti Data

_____
Inprimi nomi di signatáriu

INFORMASON SIGINTI É NESESÁRIU SI ASINADU PA UN REPREZENTANTI PESOAL

Tipu di autoridadi (e.g., nomiadu pa tribunal, kustódia di Pais) _____

Divulgason di Informason Spesialmenti Autorizadu (**pur favor poi bu inisial na tudu ki ta aplika)**

____ Un bes ki nha fixeru médiku ta ten **informason aserka di tratamentu di álkool y droga** ki é protejidu pa Federal Regulation 42 CFR, Part 2, Amin 'N ta spisifikamenti autoriza divulgason di tal informason.

____ Un bes ki nha fixeru médiku ta ten **informason aserka di antikorpu HIV y testi di antíjinu** ki é protejidu pa MGL c.111 §70F, un diagnóstiku ó tratamentu di HIV/SIDA; Amin 'N ta spisifikamenti autoriza divulgason di tal informason.

X _____ _____
Bu sinatura ó sinatura di Pesoa Reprezentati Data

INSTRUSONS:

1. Es formuláriu ten ki ser konpletadu inteiramenti pa podi ser konsideradu válidu.

2. Distribuison di kópias: orijinal pa fixeru apropriadu di DMH; kópia pa Reprezentanti Individual ó Pesoal; kópia pa pesoa/instituison/ajênsia ki fazi pididu.

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DIPARTAMENTU DI SAÚDI MENTAL
Authorizason paDvulga Informason

Dos - Sentidu

Nmi: **Otu Nomi(s):**

Inderesu: **Telefoni:**

Seguransa Sosial #: **Data di Nasimentu:**

'N autoriza Dipartamentu di Saúdi Mental (DMH) pa resebi y divulga informason di ó pa pesoa, ajênsia ó instituison abaxo mensionadu, ker verbalmenti ker pur skritu sima sta indikadu nes autorizason.

Nomi: **Atenson:** **Telefoni:**

Rua: **Sidadi/Vila:** **Stadu:** **Códigu Postal:**

Informason: Kontatu di DMH

Nomi: **Telefoni:**

Inderesu:

Pesoa ki sta prienxi es formuláriu ten ki da purmenoris sima data(s) izijidu na informason. Pur favor nota ki rikerimentu pa divulgason di nota di psikoterapia ka podi ser konbinadu ku ninhun otu tipu di rikerimentu.

Spisifika informason pa ser divulgadu

- ☐ Fixeru Interu
- ☐ Dokumentason di Internamentu
- ☐ ISPs & IAPs
- ☐ Notas di Psikiatria
- ☐ Sumáriu di Alta
- ☐ Sumáriu di Transferênsia
- ☐ Izami Fíziku
- ☐ Testi Neuropsíkiku
- ☐ Avaliasons
- ☐ Avaliason & Testis
- ☐ Relatóriu di Laboratóriu
- ☐ Otus *(spisiifika en baxu)*
- ☐ Planus di Tratamentu
- ☐ Notas di Psikoterapia
- ☐ Konsulta *(inklui nomi di konsultor)*

_____
_____
_____
_____
_____

Objetivu pa autorizason (ten ki marka un):

☐ Sujeitu di informason ó Reprezentanti Pesoal ki inisia autorizason (objetivu spisífiku ka é rikeridu)

ó

☐ Kordena kuidadu ☐ Fasilita faturason

☐ Referênsia ☐ Ten seguru, finansiamentu, otus benifsius

☐ Otus objetivus (pur favor spisifika):_____

Un kópia des autorizason debi ser konsideradu ton válidu sima orijinal

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DIPARTAMENTU DI SAÚDI MENTAL

Autorizason pa Divulgason di Informason
Dos-Sentidu (Kontinua)

Nomi di pesoa/instituison/ajênsia ó otus alén di DMH pa resebi ó divulga informason:_____

'N ta persebi ki 'N ten direitu di rivoka es autorizason en kualker altura. Si 'N rivoka es autorizason, 'N ten ki fazê-l pur skritu y prezentá-l pa DMH na inderesu di DMH identifikadu na pájina un. 'N ta persebi ki rivokason ka ta aplika pa autorizason ki já foi divulgadu na prokura des autorizason. 'N ta persebi ki rivokason ka ta aplika pa nha konpainha di seguru, kuandu lei ta da nha seguradora direitu di kontesta un reinvindison dibaxu di nha pólisi. Es autorizason ta termina (spisifka data, periudu di tenpu, ó un iventu) _____ ó, si nada é spisifikadu, el ta termina kuandu 'N ka sta ta resebi más servisu di DMH. 'N ta persebi ki un bes ki informason sitadu antis é divulgadu pa un pesoa, instituison, ó ajênsia fora di DMH, es distinatáriu podi redivulgá-l y informason podi ka ser protejidu pa lei ó regulamentus di privasidadi federal ó stadual. 'N ta persebi ki autorizason di uzu ó divulgason di informason identifikadu na parágrafu anterior é voluntáriu. 'N ka mesti sina es formuláriu pa 'N podi resebi servisus di DMH y/ó di otus pesoas, instituison ó ajênsia mensionadu. Kontudu, falta di kapasidadi di partilha ó resebi informason podi inpidi DMH, y/ó otu pesoas, instituison ó ajênsia mensionadu oferesi kuidadu apropriadu y nesesáriu.

X _____ _____
Bu sinatura ó sinatura di Pesoa Reprezentanti Data

_____
Inprimi nomi di signatáriu

INFORMASON SIGINTI É NESESÁRIU SI ASINADU PA UN REPREZENTANTI PESOAL

Tipu di autoridadi (e.g., nomiadu pa tribunal, kustódia di Pais) _____

Divulgason di Informason Spesialmenti Autorizadu (**pur favor poi bu inisial na tudu ki ta aplika)**

____ Un bes ki nha fixeru médiku ta ten **informason aserka di tratamentu di álkool y droga** ki é protejidu pa Federal Regulation 42 CFR, Part 2, Amin 'N ta spisifikamenti autoriza divulgason di tal informason.

____ Un bes ki nha fixeru médiku ta ten **informason aserka di antikorpu HIV y testi di antíjinu** ki é protejidu pa MGL c.111 §70F, un diagnóstiku ó tratamentu di HIV/SIDA; Amin 'N ta spisifikamenti autoriza divulgason di tal informason.

X _____ _____
Bu sinatura ó sinatura di Pesoa Reprezentati Data

INSTRUSONS:

1. Es formuláriu ten ki ser konpletadu inteiramenti pa podi ser konsideradu válidu.

2. Distribuison di kópias: orijinal pa fixeru apropriadu di DMH; kópia pa Reprezentanti Individual ó Pesoal; kópia pa pesoa/instituison/ajênsia ki fazi pididu.

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DIPARTAMENTU DI SAÚDI MENTAL
Authorizason paDvulga Informason

Dos - Sentidu

Nmi: **Otu Nomi(s):**

Inderesu: **Telefoni:**

Seguransa Sosial #: **Data di Nasimentu:**

'N autoriza Dipartamentu di Saúdi Mental (DMH) pa resebi y divulga informason di ó pa pesoa, ajênsia ó instituison abaxo mensionadu, ker verbalmenti ker pur skritu sima sta indikadu nes autorizason.

Nomi: **Atenson:** **Telefoni:**

Rua: **Sidadi/Vila:** **Stadu:** **Códigu Postal:**

Informason: Kontatu di DMH

Nomi: **Telefoni:**

Inderesu:

Pesoa ki sta prienxi es formuláriu ten ki da purmenoris sima data(s) izijidu na informason. Pur favor nota ki rikerimentu pa divulgason di nota di psikoterapia ka podi ser konbinadu ku ninhun otu tipu di rikerimentu.

Spisifika informason pa ser divulgadu

- ☐ Fixeru Interu
- ☐ Dokumentason di Internamentu
- ☐ ISPs & IAPs
- ☐ Notas di Psikiatria
- ☐ Sumáriu di Alta
- ☐ Sumáriu di Transferênsia
- ☐ Izami Fíziku
- ☐ Testi Neuropsíkiku
- ☐ Avaliasons
- ☐ Avaliason & Testis
- ☐ Relatóriu di Laboratóriu
- ☐ Otus *(spisiifika en baxu)*
- ☐ Planus di Tratamentu
- ☐ Notas di Psikoterapia
- ☐ Konsulta *(inklui nomi di konsultor)*

_____
_____
_____
_____
_____

Objetivu pa autorizason (ten ki marka un):

☐ Sujeitu di informason ó Reprezentanti Pesoal ki inisia autorizason (objetivu spisífiku ka é rikeridu)

ó

☐ Kordena kuidadu ☐ Fasilita faturason

☐ Referênsia ☐ Ten seguru, finansiamentu, otus benifsius

☐ Otus objetivus (pur favor spisifika):_____

Un kópia des autorizason debi ser konsideradu ton válidu sima orijinal

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DIPARTAMENTU DI SAÚDI MENTAL

Autorizason pa Divulgason di Informason
Dos-Sentidu (Kontinua)

Nomi di pesoa/instituison/ajênsia ó otus alén di DMH pa resebi ó divulga informason:_____

'N ta persebi ki 'N ten direitu di rivoka es autorizason en kualker altura. Si 'N rivoka es autorizason, 'N ten ki fazê-l pur skritu y prezentá-l pa DMH na inderesu di DMH identifikadu na pájina un. 'N ta persebi ki rivokason ka ta aplika pa autorizason ki já foi divulgadu na prokura des autorizason. 'N ta persebi ki rivokason ka ta aplika pa nha konpainha di seguru, kuandu lei ta da nha seguradora direitu di kontesta un reinvindison dibaxu di nha pólisi. Es autorizason ta termina (spisifka data, periudu di tenpu, ó un iventu) _____ ó, si nada é spisifikadu, el ta termina kuandu 'N ka sta ta resebi más servisu di DMH. 'N ta persebi ki un bes ki informason sitadu antis é divulgadu pa un pesoa, instituison, ó ajênsia fora di DMH, es distinatáriu podi redivulgá-l y informason podi ka ser protejidu pa lei ó regulamentus di privasidadi federal ó stadual. 'N ta persebi ki autorizason di uzu ó divulgason di informason identifikadu na parágrafu anterior é voluntáriu. 'N ka mesti sina es formuláriu pa 'N podi resebi servisus di DMH y/ó di otus pesoas, instituison ó ajênsia mensionadu. Kontudu, falta di kapasidadi di partilha ó resebi informason podi inpidi DMH, y/ó otu pesoas, instituison ó ajênsia mensionadu oferesi kuidadu apropriadu y nesesáriu.

X _____ _____
Bu sinatura ó sinatura di Pesoa Reprezentanti Data

_____
Inprimi nomi di signatáriu

INFORMASON SIGINTI É NESESÁRIU SI ASINADU PA UN REPREZENTANTI PESOAL

Tipu di autoridadi (e.g., nomiadu pa tribunal, kustódia di Pais) _____

Divulgason di Informason Spesialmenti Autorizadu (**pur favor poi bu inisial na tudu ki ta aplika)**

____ Un bes ki nha fixeru médiku ta ten **informason aserka di tratamentu di álkool y droga** ki é protejidu pa Federal Regulation 42 CFR, Part 2, Amin 'N ta spisifikamenti autoriza divulgason di tal informason.

____ Un bes ki nha fixeru médiku ta ten **informason aserka di antikorpu HIV y testi di antíjinu** ki é protejidu pa MGL c.111 §70F, un diagnóstiku ó tratamentu di HIV/SIDA; Amin 'N ta spisifikamenti autoriza divulgason di tal informason.

X _____ _____
Bu sinatura ó sinatura di Pesoa Reprezentati Data

INSTRUSONS:

1. Es formuláriu ten ki ser konpletadu inteiramenti pa podi ser konsideradu válidu.

2. Distribuison di kópias: orijinal pa fixeru apropriadu di DMH; kópia pa Reprezentanti Individual ó Pesoal; kópia pa pesoa/instituison/ajênsia ki fazi pididu.

Commonwealth of Massachusetts
Dipartamentu di Saúdi Mental

Nota di Prátika di Privasidadi

ES NOTA TA DISKREBI MODI KI INFORMASON MÉDIKU * ASERKA DI BÓ PODI SER DIVULGADU Y MODI KI BU PODI TEN ASESU PA ES INFORMASON

* Informason Protejidu di Saúdi (PHI)

PUR FAVOR FAZI REVIZON D'EL KUIDADOZAMENTI

Data Efetiva di Nota: Dizenbru 15, 2010
Verson 6
Cape Verdean

Privasidadi
Dipartamentu di Saúdi Mental (DMH) é obrigadu pa lei stadual y federal guarda privasidadi di bu informason protejidu di saúdi (PHI). PHI ta inklui kualker informason identifikável aserka di bu saúdi fíziku ó saúdi mental, kuidadu di saúdi ki bu ta resebi y pagamentu pa bu kuidadu di saúdi.

DMH é obrigadu pa lei dá-bu es nota ki ta flá-bu modi ki el podi uza y divulga bu PHI y informá-bu di bu direitus. DMH ten ki sigi prátikas di privasidadi sima sta stabelesidu na Nota di Prátikas di Privasidadi más resenti.

Es nota ta referi só pa uzu/divulgason di PHI. El ka ta muda lei ki izisti, regras y regulamentus respeitanti konsentimentu informativu pa tratamentu.

Mudansas pa es Nota
DMH podi muda se prátikas di privasidadi y termus des nota en kualker altura. Mudansas podi aplika pa PHI ki DMH dja ten y pa PHI ki DMH ta resebi na futuru. Nota di privasidadi más resenti ta ser anunsiadu na instituison y programas di DMH y na website di DMH (www.mass.gov/dmh), y ta sta dispunível pur pididu. Tudu nota di privasidadi ta ben ku data.

Modi ki DMH ta Uza y Divulga PHI?
DMH podi uza/divulga bu PHI pa tratamentu, pagamentu y operason di kuidadus di saúdi sen bu autorizason. Sinon, bu autorizason pur skritu é nesesáriu a non ser ki un iseson listadu nes nota ta aplika.

Uzus/Divulgasons Relasionadu ku Tratamentu, Pagamentu y Operasons di Kuidadu di Saúdi
Izenplus siginti ta diskrebi alguns, mas ka tudu, uzus/divulgasons ki é feitu pa tratamentu, pagamentu y operason di kuidadu di saúdi.

Pa tratamentu – En konformidadi ku se regras y regulamentus, DMH podi uza/divulga PHI pa médikus, enfermeras, prestadoris di servisus y otus pesoal (e.g. intérpretis), ki sta involvidu na prestá-bu kuidadus di saúdi y otus servisus relasionadu. Bu PHI ta ser uzadu pa djuda fazi un diterminason na bu rikerimentu pa servisus di DMH, asisti na dizenvolvimentu di bu tratamentu y/ó planu di servisu y konduzi revizon y avaliason periódiku . PHI podi ser partilhadu ku profisional y prestadoris di kuidadus di saúdi, pa ten reseitas, testis di laboratóriu, konsultas y otus asuntus nesesáriu pa kuidadu di saúdi.

Pa resebi pagamentu – konsistenti ku ristrison stabelesidu na se regras y regulamentus, DMH podi uza/divulga bu PHI pa fatura y kuleta pagamentu pa servisus di bu kuidadu di saúdi. DMH podi divulga porson di bu PHI pa *Medicaide ó Madicare* ó un terseru grupu, pa paga ó ditermina si es ta fazi pagamentu, pa resebi un pré-aprovason y pa apoia un reklamason ó fatura.

Pa operason di kuidadu di saúdi – DMH podi uza/divulga PHI pa apoia atividadis sima plania programas, jeston y administrason di atividadis, segura kualidadi, resebi y respondi kexas, kunpri programas (e.g.Medicare) balansu, treina y da kredensial pa profisional di kuidadus di saúdi, sertifikadu y akreditason (e.g.Kumison Konjunta).

Lenbransas di Konsulta
DMH podi uza PHI pa lenbrá-bu un konsulta ó dá-bu informason serka di tratamentu alternativu y otus benefísius di saúdi y servisus ki podi interesá-bu.

Autorizason Rikeridu pa Uzus/Divulgasons
DMH é obrigadu ten un autorizason skritu di bó ó bu reprezentati pesoal ku autoridadi legal pa toma disizons di kuidadu di saúdi na bu nomi pa uzu/divulgason alén di tratamentu, pagamentu y operason di kuidadu di saúdi a non ser ki un isenson na lista siginti ta aplika. Bu podi kansela un autorizason en kualker altura, si bu ta faze-l pur skritu. Un kanselason ta pára futuru uzu/divulgason isetu pa puder ki DMH dja tinha antis baziadu na bu autorizason.

Isesons
- Pa tutela ó prosedimentus di konprumisu kuandu DMH é un ki ta fazi parti
- Pa prosedimentus judisial si sertus kritérius é satisfeitu
- Pa proteson di vítimas di abuzu ó niglejênsia
- Pa fins di piskiza, dipos di un revizon internu rigorozu
- Si bu ta konkorda, verbalmenti ó di otu modi, DMH podi divulga un porson limitadu di PHI pa siginti fins:
    - **Kleru** – Bu afiliason relijioza podi ser partilhadu ku kleru
    - **Pa Familia y Amigus** – DMH podi partilha informason diretamenti relasionadu ku ses involvimentu na bu kuidadus di saúdi, ó pagamentu di bu kuidadus
- Pa instituisons prizional, si bó é un prezu

- Pa atividadis di fiskalizason federal y stadual, sima investigasons di fraudi, relatóriu di insidenti abitual, atividadis di proteson y advogasia
- Si rikeridu pa lei, ó pa polísia ó seguransa nasional
- Pa EOHHS y/ó ses ajênsieas, sima MassHealth, DCF, DDS, DYS, DTA y DPH pa funsons inkluindu prestason di servisu, elijibilidadi, y jeston di programa.
- Pa ivita un amiasa sériu y iminenti pa saúdi ó seguransa públiku
- Pa atividadis di saúdi públiku sima sigi kursu di duensas y relata statístikas inportantis
- Ku morti, pa diretoris di funeral y sertus organizasons di kontratu públiku

Bu Direitus

Bó, ó un reprezentanti pesoal ku autoridadi legal pa toma disizons di kuidadu di saúdi na bu nomi, ten direitu pa:

- Rikeri ki DMH uza un inderesu ó númeru di telefoni spesífiku pa kontatá-bu. DMH ka é obrigadu kunpri es rikerimentu.
- Resebi, kuandu pididu, un kóopia en papel des nota, ó kualker revizon des nota, mesmu si bu konkorda pa resebê-l iletronikamenti.
- *Inspesiona y kopia PHI ki podi ser uzadu pa toma disizon serka di kuidadus di bu saúdi. Asesu pa bu fixeru podi ser ristrinjidu en sirkunstânsias limitadu. Si bu negadu asesu, en sertas sirkunstânsias, bu podi rikeri pa es rikuza ser revistu. Es podi kobrá-bu pa fazi kópia y kurreiu.
- *Rikerimentu pa kresenta ó kurriji bu PHI. DMH ka é obrigadu aseita es pididu. Si el ka aseita es pididu, bu ten sertus direitus.
- *Resebi un lista di individus ki resebi bu PHI di DMH (skluindu divulgasons ki bu autoriza ó aprova, divulgasons feitu pa tratamentu, pagamentu y operasons di kuidadu di saúdi y alguns divulgasons rikeridu
- *Pidi pa DMH ristrinji modi ki el ta uza ó divulga bu PHI. DMH ka é obrigadu konkorda ku es ristrinson).

*** Es rikerimentus ten ki ser feitu pur skritu**

Retenson di Fixeru

Bu fixeru individual ki ta relata ki DMH oferesê-bu kuidadus y servisus di saúdi ta ser guardadu nun mínimu di 20 anus desdi di data di bu alta kuma pasienti internadu y/ó di servisus kumunitáriu aplikável. Dipos des tenpu bu fixeru podi ser distruidu.

Pa Kontata DMH ó Prezenta un Kexa

Si bu kre ten más informason serka di prátkas di privasiadi di DMH, ó si bu kre izersi bu direitus, ó si bu pensa ki bu direitus di privasidadi sta ser violadu, ó si bu kre prezenta un kexa, bu podi kontata: DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, Phone: 617-626-8160, Fax: 617-626-8131, E-mail: PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us. Un kexa ten ki ser feitu pur skritu.

Bu podi tanbé kontata skritóriu di fixeru médiku di un instituison di DMH (pa fixeru di kel instituison), un director di programa di DMH, (pa fixeru di kel programa), pa skritóriu ki bu ta frekuenta (pa kazu di jeston di fixerus), ó skrtóriu di direitus umanus na bu instituison ó programa, pa más informason ó asistênsia.

Ningén podi ritalia kontra bó pamodi bu prezenta un kexa ó bu izersi bu direitus sima sta diskrebedu nes nota.

Bu podi tanbé prezenta un kexa na **Secretary of Health and Human Services**, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA. 02203.