

**ESTADO DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL**

Formulário de confirmação de recebimento do Aviso sobre práticas de privacidade

Nome: _____ Nº de identificação do DMH _____

Instalação/local/programa: _____

Recebi uma cópia do Aviso sobre práticas de privacidade do DMH (Versão _____ Data de vigência _____)

Assinatura: _____ Data: _____.

Paciente ou representante pessoal com autoridade legal para tomar decisões sobre atendimento médico

Se assinado por um representante pessoal:

Nome em letra de forma _____

Função _____

(pais, tutor, etc.)

Testemunha: _____ Data: _____

Se o paciente tiver um representante pessoal com autoridade legal para tomar decisões sobre atendimento médico em seu nome, o aviso deverá ser entregue e a confirmação obtida do representante pessoal. **Se o paciente ou o representante pessoal não assinar acima, a equipe deve documentar quando e como o aviso foi fornecido ao paciente, o motivo pelo qual não foi possível obter a assinatura confirmando o recebimento e os esforços feitos para sua obtenção.**

Aviso sobre práticas de privacidade entregue ao paciente em _____ por _____
data

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Encontro pessoal |
| <input type="checkbox"/> Correio |
| <input type="checkbox"/> Email |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ |

Motivo pelo qual o paciente ou representante pessoal não assinou este formulário:

- Paciente ou representante pessoal optou por não assinar
- Paciente ou representante pessoal não respondeu após mais de **uma** tentativa
- Verificação de recebimento por e-mail
- Outros _____

Esforços de boa fé: Foram feitos os seguintes esforços de boa fé para obter a assinatura do paciente ou representante pessoal, se aplicável. Documente com detalhes (por exemplo, data(s), horário(s), pessoas contactadas e o resultado da(s) tentativa(s) feitas para a obtenção da assinatura. É preciso fazer mais de **uma** tentativa.

- Contato(s) pessoal(is) _____
- Contatos por telefone _____
- Correio _____
- E-mail _____
- Outros _____

Assinatura do funcionário: _____ Cargo _____

Nome em letra de forma: _____

Data _____

Este formulário deve ser retido por um período de pelo menos seis anos no registro apropriado, de acordo com o Manual de privacidade do DMH.