

**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.