*Commonwealth of Massachusetts*    *Department of Mental Health*

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ADULTOS Em vigor a partir de outubro de 2009 *(Revisada em outubro de 2015)*

**Missão do DMH:**

O Department of Mental Health (Departamento de Saúde Mental ou DMH) fornece serviços e apoio à pessoas com doenças mentais graves e persistentes para capacitá-los a viver independentemente na comunidade.

**Como solicitar os serviços do DMH:**

Pessoas com 18 anos de idade ou mais que solicitem serviços de saúde mental através do DMH devem obrigatoriamente enviar os seguintes formulários preenchidos, com **assinaturas e datas** onde indicado:

* *Requerimento* de solicitação de serviços para adultos.
* *Autorização(ções) para a liberação de informações* (consulte a página 8)

Embora não sejam necessárias informações adicionais quando é feita a solicitação de serviços, o DMH encoraja os requerentes a enviar as informações médicas/psiquiátricas disponíveis. Recomendamos firmemente que as informações sejam enviadas juntamente com o requerimento para agilizar o processo de determinação. Tais informações adicionais incluem:

* Teste e prontuários psiquiátricos ambulatoriais, e
* Relatórios de admissão e alta do hospital.

**Instruções para os Provedores:**

Um provedor que ajude com um requerimento ao DMH deve confirmar que a pessoa ou seu responsável foi informado do envio do requerimento, e que não tem objeções contra isso. As seguintes informações clinicas devem ser incluídas, obrigatoriamente:

* Avaliação psiquiátrica, incluindo diagnósticos do DSM (Diagnostic and Statistical Manual),
* Quaisquer avaliações disponíveis (p. ex., psicossocial, medicação, testes neuropsicológicos, etc.),
* Quaisquer resumos de admissão e alta disponíveis,
* Plano de tratamento atual, e
* *Autorização(ções) para a liberação de informações* (consulte a página 10)

O DMH poderá pedir informações clínicas adicionais, quando necessário.

**Quais devem ser as suas expectativas depois de enviar seu requerimento:**

Dentro de (7) dias do recebimento de um requerimento de *Solicitação de serviços para adultos*, o DMH entrará em contato com o requerente o seu responsável por telefone. O propósito deste contato telefônico será:

* Acusar o recebimento pelo DMH do requerimento da *Solicitação de serviços para adultos*,
* Revisar o processo de determinação,
* Confirmar que o requerente ou seu responsável deseja prosseguir com o processo de determinação,
* Avaliar as necessidades imediatas ou emergentes do requerente e responder da maneira apropriada, e
* Iniciar a coleta de informações relevantes, de natureza médica ou de outra natureza, que fundamentem a requisição de serviços do requerente.

Um *especialista em autorização de serviços clínicos* do DMH poderá pedir, quando necessário, para reunir-se pessoalmente com o requerente e/ou seu responsável para melhor discutir e avaliar as necessidades do requerente. Na maioria dos casos, esta reunião acontece no escritório do DMH. Em outros casos, esta reunião pode acontecer em outro local previamente acordado.

O Diretor de área do DMH, ou seu representante, tomarás as decisões com relação as requisições de serviço, depois de receber e revisar as informações, de acordo com as regulamentações do DMH[**http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/regs/reg-104cmr29.pdf**](http://www.mass.gov/eohhs/docs/dmh/regs/reg-104cmr29.pdf)**.**

Se determinar-se que a pessoa atende aos critérios clínicos para o fornecimento dos serviços, o diretor de área ou seu representante deverá determinar se a pessoa precisa ou não dos serviços do DMH. Já que a disponibilidade dos serviços do DMH é limitada, o DMH precisa priorizar a quem e como tais serviços são fornecidos. As regulamentações do DMH estabelecem os critérios que devem ser usados para determinar quem está autorizado a receber os serviços do DMH e como os serviços são designados.

*Commonwealth of Massachusetts*    *Department of Mental Health*

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ADULTOS Em vigor a partir de outubro de 2009 *(Revisada em outubro de 2015)*

**Onde encontrar o formulário do Requerimento e *as Autorizações para Liberação de informações*:**

*Requerimentos de* *Solicitação de serviços para adultos* e *Autorização(ções) de liberação de informações* estão disponíveis em inglês, espanhol, haitiano e português em todos os escritórios locais e regionais do DMH, instalações psiquiátricas de internação para pacientes agudos, em muitos programas comunitários por toda a Commonwealth de Massachusetts, e também podem ser baixados do site do DMH no endereço [www.mass.gov/dmh](http://www.mass.gov/dmh). O DMH pode providenciar tradutores para outros idiomas, se necessário, e fornecer outros tipos de assistência, conforme necessário.

**Requisitos do requerimento:**

Um requerimento de *Solicitação de serviços para adultos* e formulários de *Autorização de liberação de informações*, assinados e datados, devem ser entregues, enviados pelo correio ou por fax para o escritório local ou regional do DMH encarregado da comunidade onde o aplicante estiver residindo quando fizer o requerimento.

**Para onde enviar a *Solicitação de serviços para adultos*:**

Procure a sua cidade ou município nas listas das páginas a seguir, e envie seu requerimento para o respectivo escritório do DMH na lista abaixo. Ligue para o número na lista, se tiver alguma pergunta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Escritório** | **Endereço de Correspondência** | **Telefone** | **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 |
| Worcester | 361 Plantation St. Worcester, MA 01605 | (774) 420-3140 | (774) 420-3165 |

Os requerimentos NÃO devem ser enviados para o escritório central do DMH na Staniford Street em Boston. O envio de requerimentos para o escritório central poderá resultar em extravio dos requerimentos, e pode causar atrasos no processo decisório.

Contate a *Linha de informações e indicações do DMH* no telefone **1-800-221-0053** (Segunda a sexta, de 9h00 às 17h00) se tiver alguma pergunta sobre o processo do requerimento ou se precisar de informações sobre para onde deve enviar seu requerimento.

*Commonwealth of Massachusetts Department of Mental Health*

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ADULTOS Em vigor a partir de outubro de 2009 *(Revisada em outubro de 2015)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cidade/Estado:** | **Agência do DMH** | **Cidade/Estado:** | **Agência do DMH** | **Cidade/Estado:** | **Agência do DMH** | **Cidade/Estado:** | **Agência do DMH** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abington | Brockton | Boston - Hyde Park | Boston | Danvers | Tewksbury | Hadley | Northampton |
| Acton | Tewksbury | Boston-Jamaica Plain | Boston | Dartmouth | Brockton | Halifax | Brockton |
| Acushnet | Brockton | Boston - Mattapan | Boston | Dedham | Worcester | 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 | Worcester | Harwich | Brockton |
| Aquinnah | Brockton | Boston – W. Roxbury | Boston | Dracut | Tewksbury | Harwichport | Brockton |
| Arlington | Tewksbury | Boston - Winthrop | Boston | Dudley | Worcester | Hatfield | Northampton |
| Ashburnham | Worcester | Bourne | Brockton | Dunstable | Tewksbury | Haverhill | Tewksbury |
| Ashby | Worcester | Boxborough | Tewksbury | Duxbury | Brockton | Hawley | Northampton |
| Ashfield | Northampton | Boxford | Tewksbury | East Boston | Boston | Heath | Northampton |
| Ashland | Worcester | Boylston | Worcester | E. Bridgewater | Brockton | Hingham | Brockton |
| Assonet | Brockton | Bradford | Tewksbury | East Brookfield | Worcester | Hinsdale | Northampton |
| Athol | Northampton | Braintree | Brockton | 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 | Worcester |
| Ayer | Worcester | Brimfield | Worcester | Easton | Brockton | Holyoke | Northampton |
| Back Bay | Boston | Brockton | Brockton | Edgartown | Brockton | Hopedale | Worcester |
| Baldwinville | Worcester | Brookfield | Worcester | Egremont | Northampton | Hopkinton | Worcester |
| Barnstable | Brockton | Brookline | Boston | Erving | Northampton | Hubbardston | Worcester |
| Barre | Worcester | Buckland | Northampton | Essex | Tewksbury | Hudson | Worcester |
| Beacon Hill | Boston | Burlington | Tewksbury | Everett | Tewksbury | Hull | Brockton |
| Becket | Northampton | Buzzards Bay | Brockton | Fairhaven | Brockton | Huntington | Northampton |
| Bedford | Tewksbury | Byfield | Tewksbury | Fall River | Brockton | Hyannis | Brockton |
| Belchertown | Northampton | Cambridge | Boston | Falmouth | Brockton | Hyde Park | Boston |
| Bellingham | Worcester | Canton | Worcester | Fenway | Boston | Ipswich | Tewksbury |
| Belmont | Tewksbury | Carlisle | Tewksbury | 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 | Worcester | Lakeville | Brockton |
| Beverly | Tewksbury | Charlton | Worcester | Framingham | Worcester | 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 | Tewksbury |
| Boston - Brighton | Boston | Chilmark | Brockton | Goshen | Northampton | Leyden | Northampton |
| Boston - Brookline | Boston | Clarksburg | Northampton | Gosnold | Brockton | Lincoln | Tewksbury |
| Boston - Cambridge | Boston | Clinton | Worcester | Grafton | Worcester | Linwood | Worcester |
| Boston-Charlestown | Boston | Cohasset | Brockton | Granby | Northampton | Littleton | Tewksbury |
| Boston - Chelsea | Boston | Colrain | Northampton | Granville | Northampton | Longmeadow | Northampton |
| Boston - Chinatown | Boston | Concord | Tewksbury | 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 |

*Commonwealth of Massachusetts*    *Department of Mental Health (DMH)*

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ADULTOS Em vigor a partir de outubro de 2009 *(Revisada em outubro de 2015)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cidade/Estado:** | | **Agência do DMH** | | **Cidade/Estado:** | | **Agência do DMH** | | **Cidade/Estado:** | | **Agência do DMH** | | **Cidade/Estado:** | | **Agência do DMH** | |
| Malden | | Tewksbury | | North Truro | | Brockton | | Sandisfield | | Northampton | | Wales | | Worcester | |
| Manchester | | Tewksbury | | Northampton | | Northampton | | Sandwich | | Brockton | | Walpole | | Worcester | |
| Manomet | | Brockton | | Northborough | | Worcester | | Saugus | | Tewksbury | | Waltham | | Tewksbury | |
| Mansfield | | Brockton | | Northbridge | | Worcester | | Savoy | | Northampton | | Ware | | Northampton | |
| Marblehead | | Tewksbury | | Northfield | | Northampton | | Scituate | | Brockton | | Wareham | | Brockton | |
| Marion | | Brockton | | Norton | | Brockton | | Seekonk | | Brockton | | Warren | | Worcester | |
| Marlborough | | Worcester | | Norwell | | Brockton | | Sharon | | Worcester | | Warwick | | Northampton | |
| Marshfield | | Brockton | | Norwood | | Worcester | | Sheffield | | Northampton | | Washington | | Northampton | |
| Marston Mills | | Brockton | | Oak Bluffs | | Brockton | | Shelburne | | Northampton | | Watertown | | Tewksbury | |
| Martha’s Vineyard | | Brockton | | Oakham | | Worcester | | Sherborn | | Worcester | | Wayland | | Worcester | |
| Mashpee | | Brockton | | Onset | | Brockton | | Shirley | | Worcester | | Webster | | Worcester | |
| Mattapan | | Boston | | Orange | | Northampton | | Shrewsbury | | Worcester | | Wellesley | | Worcester | |
| Mattapoisett | | Brockton | | Orleans | | Brockton | | Shutesbury | | Northampton | | Wellfleet | | Brockton | |
| Maynard | | Tewksbury | | Osterville | | Brockton | | Somerset | | Brockton | | Wendell | | Northampton | |
| Medfield | | Worcester | | 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 | | Worcester | | 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 | | Worcester | |
| Millers Falls | | Northampton | | Plainfield | | Northampton | | Stockbridge | | Northampton | | Westfield | | Northampton | |
| Millis | | Worcester | | Plainville | | Worcester | | Stoneham | | Tewksbury | | Westford | | Tewksbury | |
| Millville | | Worcester | | Plymouth | | Brockton | | Stoughton | | Brockton | | Westhampton | | Northampton | |
| Milton | | Brockton | | Plympton | | Brockton | | Stow | | Tewksbury | | Westminster | | Worcester | |
| Monroe | | Northampton | | Pocasset | | Brockton | | Sturbridge | | Worcester | | Weston | | Worcester | |
| Monson | | Northampton | | Princeton | | Worcester | | Sudbury | | Worcester | | Westport | | Brockton | |
| Montague | | Northampton | | Provincetown | | Brockton | | Sunderland | | Northampton | | Westwood | | Worcester | |
| Monterey | | Northampton | | Quincy | | Brockton | | Sutton | | Worcester | | Weymouth | | Brockton | |
| Montgomery | | Northampton | | Randolph | | Brockton | | 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 | | Worcester | | Revere | | Boston | | Templeton | | Worcester | | Wilbraham | | Northampton | |
| Needham | | Worcester | | Richmond | | Northampton | | Tewksbury | | Tewksbury | | Williamsburg | | Northampton | |
| New Ashford | | Northampton | | Rochdale | | Worcester | | Thorndike | | Northampton | | Williamstown | | Northampton | |
| New Bedford | | Brockton | | Rochester | | Brockton | | Three Rivers | | Northampton | | Wilmington | | Tewksbury | |
| New Braintree | | Worcester | | Rockland | | Brockton | | Tisbury | | Brockton | | Winchendon | | Worcester | |
| New Marlborough | | Northampton | | Rockport | | Tewksbury | | Tolland | | Northampton | | Winchester | | Tewksbury | |
| New Salem | | Northampton | | Roslindale | | Boston | | Topsfield | | Tewksbury | | Windsor | | Northampton | |
| Newbury | | Tewksbury | | Rowe | | Northampton | | Townsend | | Worcester | | Winthrop | | Boston | |
| Newburyport | | Tewksbury | | Rowley | | Tewksbury | | Truro | | Brockton | | Woburn | | Tewksbury | |
| Newton | | Worcester | | Roxbury | | Boston | | Turners Falls | | Northampton | | Wollaston | | Brockton | |
| Norfolk | | Worcester | | 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 | | Worcester | |
| North Brookfield | | Worcester | | Salem | | Tewksbury | | Vineyard Haven | | Brockton | | Yarmouth | | Brockton | |
| North Reading | | Tewksbury | | Salisbury | | Tewksbury | | Wakefield | | Tewksbury | | Yarmouthport | | Brockton | |

*Commonwealth of Massachusetts*    *Department of Mental Health (DMH)*

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ADULTOS Em vigor a partir de outubro de 2009 *(Revisada em outubro de 2015)*

**Etnia e Categorias Étnicas:**

Pedimos informações sobre etnia e afiliação étnica para que o DMH tenha melhores condições de fornecer serviços centrados na pessoa que sejam apropriados, tanto culturalmente quanto linguisticamente. Tais informações também ajudam o departamento a cumprir com as regulamentações e padrões, além de permitirem o planejamento de necessidades de serviço ainda não atendidas.

O fornecimento de informações sobre etnia e afiliação étnica é opcional. Você tem a opção de fornecê-las ou não, e isto não afetará o seu requerimento de serviços do DMH de maneira alguma.

As seguintes opções podem ser usadas para preencher as categorias “Etnia” e “Afiliação étnica” na *Solicitação de serviços para adultos*. Ao preencher o requerimento, convidamos as pessoas que têm mais de uma etnia ou se enquadram em mais de uma afiliação étnica a identificarem-se desta maneira.

**Etnia**

As designações a seguir foram criadas pelo governo federal:

|  |
| --- |
| **Opções de etnia** |
| Negro **OU** Afro-americano |
| Asiático |
| Negro/Hispânico |
| Índio Americano/Nativo do Alasca |
| Optou por não auto-identificar-se |
| Outra etnia |
| Nativo do Havaí/Ilhas do Pacífico |
| Duas ou mais etnias |
| Não sei |
| Branco/Hispânico |
| Branco/Não hispânico |

**AFILIAÇÃO ÉTNICA**

Afiliação étnica é definida como o grupo de pessoas ao qual você está conectado(a) por origem nacional comum, história, ancestrais, idioma ou costumes e experiências culturais. A lista a seguir é fornecida para ilustrar alguns exemplos de afiliações étnicas ou grupos étnicos, e não se destina a ser uma listagem completa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Exemplos de afiliação étnica** | | |
| Albaniano | Grego | Paquistanês |
| Americano - EUA | Guatemalteco | Peruano |
| Armeniano | Haitiano | Panamenho |
| Butanense | Hispânico, Outro | Polonês |
| Bosniano | Hmong | Português |
| Nativo do Brasil | Hondurenho | Porto-riquenho |
| Burmês | Indiano | Russo |
| Cambojano | Iraniano | Salvadorenho |
| Canadense | Iraquiano | Somaliano |
| Cabo-verdiano | Irlandês | Tailandês |
| Chinês | Israelense | Tibetano |
| Colombiano | Italiano | Ukraniano |
| Congolês | Japonês | Não sei |
| Costa-riquenho | Coreano | Venezuelano |
| Dominicano | Laosiano | Vietnamita |
| Egípcio | Libanês | Índias Ocidentais/Caribenho |
| Eritreu | Mexicano |  |
| Etíope | Marroquino | Duas ou mais afiliações étnicas |
| Filipino | Nigeriano | Outra etnia |
| Francês | Nicaraguense | Optou por não auto-identificar-se |

#### Commonwealth of Massachusetts Department of Mental Health (DMH)

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ADULTOS Em vigor a partir de outubro de 2009 *(Revisada em outubro de 2015)*

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Sobrenome) (Nome) (Nome do meio) (Número do Social Security)

Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Rua e Número) (Nº do Apt.) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Como podemos contatá-lo(a)? (Marque todas as opções aplicáveis e forneça seu telefone/endereço de e-mail)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Telefone do trabalho/diurno | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podemos deixar recado? Sim  Não |
|  | Telefone noturno | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podemos deixar recado? Sim  Não |
|  | Telefone celular | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podemos deixar recado? Sim  Não |
|  | e-mail |  | Podemos deixar recado? Sim  Não |

Data de nascimento / / Idade Sexo Etnia \_\_ Afiliação étnica\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil

DD MM YYYY *(Opcional)* *(Opcional)*

Preferência de idioma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Você fala inglês? Sim  Não

Você é surdo ou deficiente auditivo? Sim  Não  Você precisa dos serviços de um intérprete? Sim  Não

Você já serviu nas forças armadas? Sim  Não  Não sei

Nome do contato em caso de emergência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Favor incluir uma Liberação de informações* (Sobrenome) (Nome)

**Informações sobre o responsável:**

Você tem um responsável legal designado em juízo? Sim  Não  Se respondeu sim, de que tipo?

*Se respondeu sim, favor anexar uma cópia do decreto de guarda a este requerimento. O responsável legal deve assinar o requerimento e todas as Autorização de liberação de informações para que o requerimento seja processado.*

Nome do responsável legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parentesco/Relação\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Sobrenome) (Nome) (Parentesco/Relação com o requerente)

Endereço do responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Rua e Número) (Nº do Apt.) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Como podemos contatar o responsável? (Marque todas as opções aplicáveis e forneça seu telefone/endereço de e-mail)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Telefone do trabalho/diurno | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podemos deixar recado? Sim  Não |
|  | Telefone noturno | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podemos deixar recado? Sim  Não |
|  | Telefone celular | ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Podemos deixar recado? Sim  Não |
|  | e-mail | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_ | Podemos enviar uma mensagem? Sim  Não |

# Seguro de saúde:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sem seguro de saúde | |  | Medicare |  | One Care |  | Medicare/Medicaid |  | |
| Requerimento de pedido de seguro de saúde pendente | | | Por favor,especifique o seguro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Medicaid/MassHealth | | | Tipo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Se do MassHealth e com menos de 21 anos, o requerente atualmente está inscrito no(s) serviço(s) CBHI  *(p. ex., Terapia doméstica, Coordenação de cuidados, etc.)?*  Sim  Não | | | | | | | | | |
| Identifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |  |
| Seguro particular: | Especifique o seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

# Fonte de renda

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Emprego |  | SSI |  | Social Security |  | Família |  |
| Nenhuma renda |  | SSDI |  | Assistência emergencial |  | Outra etnia | Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

#### Commonwealth of Massachusetts Department of Mental Health (DMH)

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ADULTOS Em vigor a partir de outubro de 2009 *(Revisada em outubro de 2015)*

**Informações sobre o diagnóstico:**

Você tem um diagnóstico psiquiátrico atualizado? Sim  Não  Não sei

|  |  |
| --- | --- |
| Se respondeu Sim, enumere todos os diagnósticos conhecidos |  |
|  | | |
|  | | |

**Situação atual:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Você está em um hospital atualmente? | | | Sim | | Não | Se respondeu Sim, onde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Você está desabrigado atualmente? | | | Sim | | Não | Agencia envolvida, se houver: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Você está preso(a) atualmente? | | | Sim | | Não | Se respondeu Sim, onde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Você está em liberdade condicional atualmente? | | | Sim | | Não | Se respondeu Sim, forneça o nome do oficial de liberdade condicional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| É uma indicação 688? | | | Sim | | Não | Se afirmativo, liste a LEA (Autoridade Educacional Local): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| Atualmente, você está envolvido(a) com outra agência estadual? Sim  Não  Não sei | | | | | | | | | | | | | | |
| Se respondeu Sim, qual agência? Marque todas as opções aplicáveis: | | | | | | | | | | | | | | |
| DCF | DDS | EOEA | | DPH | | | DYS | | MRC | | MCDHH | | MCB | VA |
| Se você é pai/mãe ou padastro/madrasta, há crianças morando com você? | | | | | | | | Sim | | Não | | Não é aplicável | | |

Provedor de cuidados primários de saúde mental**:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique quem fornece seus cuidados de saúde mental regulares. Se não houver uma fonte regular de cuidados de saúde mental, use esta seção para indicar sua fonte mais recente de cuidados de saúde mental. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provedor de cuidados primários de saúde mental | | |  | | | | | | | Provedor atual? | | | Sim | | | Não | | |
|  |  | | (Sobrenome) | | | (Nome) | | | |  | | | | | | | | |
| Endereço |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | (Rua e Número) | | | | (Nº do Apt.) | | | | (Cidade) | | (Estado) | | | | (Código Postal) | | | | |
| Telefone | | ( ) | |  | | | Ramal: |  | | | |  | | | | |

# Outros apoios:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Nome | Relacionamento(p. ex., terapeuta, família, membro do clero) | Endereço | Telefone | Liberação de Informações? |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

#### Commonwealth of Massachusetts Department of Mental Health (DMH)

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ADULTOS Em vigor a partir de outubro de 2009 *(Revisada em outubro de 2015)*

# Saúde física geral:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique quem fornece os seus cuidados médicos regulares. Se não houver uma fonte regular de cuidados médicos, use esta seção para indicar sua fonte mais recente de cuidados médicos. | | | | | | | | | | | | |
| Provedor de cuidados primários médicos | | |  | | | | Provedor atual? | | | | Sim | Não |
|  |  | | (Sobrenome) | | (Nome) | |  | | | | | |
| Endereço do provedor de cuidados médicos: | | |  | | | |  | | | | | |
|  |  | | (Rua e Número) (Nº do Apt.) | | | | (Cidade) (Estado) (Código Postal) | | | | | | |
| Telefone | | ( ) | |  | |  | | | Ramal: | | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | |
| Você tem algum problema médico que exija cuidados regulares? | | | | | | Sim | | Não | | Não sei | | |
|  | | | | | |  | |  | |  | | |
| Você já recebeu um diagnóstico de problema neurológico? | | | | | | Sim | | Não | | Não sei | | |
| Se respondeu Sim, descreva seus problemas médicos ou neurológicos atuais: | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |

**Medicamentos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Atualmente, você está tomando algum medicamento? | Sim | | Não | Não sei |
| Se respondeu Sim, enumere todos os medicamentos e suas dosagens: |  | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Se respondeu Sim, quem está receitando esses medicamentos atualmente? | |  | | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Por que você está registrando-se para receber nossos serviços? (marque todas as opções aplicáveis e use o espaço abaixo para adicionar seus próprios comentários) | | | |
| Estou envolvido com serviços ambulatórios de saúde mental, mas acho que preciso de mais ajuda. | |  | | |
| Não estou envolvido com serviços de saúde mental, mas acho que preciso estar. | |  | | |
| Outras pessoas acham que eu posso precisar desses serviços | |  | | |
| Que tipo de serviços você acha que precisa? | |  | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

#### Commonwealth of Massachusetts Department of Mental Health (DMH)

### SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS PARA ADULTOS Em vigor a partir de outubro de 2009 *(Revisada em outubro de 2015)*

***DETERMINAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE SERVIÇOS DO DMH***

|  |
| --- |
| Nome do requerente: |

1. Solicito através deste documento que o Department of Mental Health (DMH, Departamento de Saúde Mental) realize uma determinação de autorização de serviços do DMH. Anexei um formulário de *Autorização de liberação de informações* a este requerimento, se necessário. Compreendo que o DMH fará uma coleta e revisão de meus prontuários médicos, como parte integrante do processo de determinação. Compreendo que meu nome e informações sobre mim serão incluídos em um sistema de armazenamento de registros do DMH.
2. O DMH pode exigir que seja realizada uma entrevista comigo, ou que seja feita uma avaliação clínica, em circunstâncias nas quais os prontuários médicos disponíveis não sejam suficientes para fazer uma determinação.
3. Será necessário que eu forneça informações sobre minha renda e meu seguro, e poderei ter de pagar pelos serviços de acordo com as minhas possibilidades financeiras.
4. Compreendo que posso apelar da decisão do DMH quando for determinado que o requerente não foi aprovado para os serviços porque não satisfaz os critérios para receber os serviços do DMH.
5. Recebi uma cópia da Comunicação de Práticas de Privacidade (Notice of Privacy Practices) do DMH (anexada a esta requisição de serviços).
6. Dou minha permissão para que o DMH comunique-se com a pessoa identificada abaixo, que me ajudou com este requerimento, sobre meu requerimentode serviços do DMH.  Esta permissão permanecerá válida até que meu requerimento seja completamente processado, ou até que eu notifique o DMH por escrito que estou revogando esta permissão.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do requerente ou de seu responsável legal Nome do requerente (letra de forma) Data da assinatura

# PESSOA AJUDANDO O REQUERENTE

Esta seção deve ser preenchida pelo provedor ou por outra pessoa que esteja ajudando o requerente a preencher seu requerimento.

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco/Relacionamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Sobrenome) (Nome) (Parentesco/Relacionamento com o requerente)

Endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Rua e Número) (Nº do Apt.) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Telefone ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diurno  Noturno  Celular

**PROGRAMA OU INSTITUIÇÃO ENVIANDO O REQUERIMENTO EM NOME DO REQUERENTE**

Esta seção deve ser preenchida pelo programa ou instituição que está enviando o requerimento em nome do requerente.

Nome do programa ou instituição Nome do requerente

O requerente foi informado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que estávamos protocolando um requerimento em seu nome e ele/ela não fez objeções

O requerente não tem capacidade para fazer o requerimento, e foi protocolado em juízo um pedido de guarda (uma cópia do pedido está anexa)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Seu nome (letra de forma) Sua assinatura e cargo

**PARA ENVIAR OS FORMULÁRIOS DE LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS**

Como parte do processo de determinação do requerimento de serviços, o DMH irá revisar todos os registros disponíveis de cuidados de saúde mental recebidos pelo requerente. Envie os formulários de *Autorização de liberação de informações* assinados junto com o seu requerimento.

1. Envie um formulário de *Autorização de liberação de informações* **para cada provedor** de cuidados de saúde mental. Se os cuidados de saúde mental forem fornecidos através de uma clínica, identifique um provedor primário de cuidados na clínica.
2. Alem disso, envie um formulário de *Autorização de liberação de informações* para quaisquer outras informações que o requerente deseja que sejam consideradas como parte da determinação.
3. Verifique se o nome, endereço e telefone do provedor estão corretos em cada fomulário de liberação de informações. Nomes, endereços e telefones corretos agilizam o processo de revisão.

**Quantos formulários de *Autorização de liberação de informações*** **estão sendo enviados com este requerimento?**

O DMH também irá revisar todos os prontuários médicos que o requerente ou as pessoas que estão ajudando o requerente possar ter em sua posse e que desejem enviar para consideração.

1. Preencha e assine um formulário de Autorização de liberação de informações para cada prontuário médico anexado a este requerimento, no caso de a equipe do DMH precisar de esclarecer as informações contidas no relatório.
2. As cópias dos prontuários médicos não poderão ser devolvidas, portanto, não envie os originais.

**Quantas cópias de prontuários médicos estão anexadas a este requerimento?**

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

Department of Mental Health

(Departamento de Saúde Mental)

# *Autorização para a liberação de informações*

## Recíproca

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome:**  **Endereço:** | | **Outro(s) nome(s):**  **Telefone:** |
| **Nº do Social Security:** |  | **Data de nascimento:** |

***Autorizo o Department of Mental Health (DMH) a receber informações de e a liberar informações para a pessoa, instituição ou agência nomeada abaixo, verbalmente ou por escrito, da maneira indicada nesta autorização.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**       **À atenção de:** | **Telefone:** |
| **Rua:**        **Cidade/Estado:**       **Estado**:       **Código postal:** | |

*Informações para contato do DMH:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**  **Endereço:** | **Telefone:** |

***A pessoa que preencher este formulário deve fornecer detalhes relativos às datas das informações solicitadas. Observe que uma solicitação de liberação de notas de psicoterapia não pode ser combinada com nenhum outro tipo de solicitação.***

***Informações específicas a serem liberadas:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Todo o prontuário | Resumo da alta | Avaliações | Planos de tratamento |
| Documentação de admissão | Resumo da transferência | Avaliações e testes | Notas de psicoterapia |
| ISPs e IAPs | Exame físico | Relatórios laboratoriais | Consultas (incluir o nome do consultor) |
| Notas de psiquiatria | Testes neuropsíquicos | Outros (especifique) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Propósito desta autorização (é obrigatório marcar uma opção):**

O sujeito das informações ou seu representante pessoal iniciou a autorização (neste caso, o propósito específico não é necessário)

**Ou**

Coordenação de cuidados  Facilitação de cobrança

Indicação  Obtenção de seguro, financeiro ou outros benefícios

Outro propósito (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uma cópia desta autorização terá a mesma validade da autorização original.**

Autorização do DM para a liberação de informações – Recíproca Página 1 de 2

HIPAA-F-4 (Revisão de: 15/03/2015)

Portuguese

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

Department of Mental Health (Departamento de Saúde Mental)

# *Autorização para a liberação de informações*

**Recíproca (continuação)**

**Nome da pessoa/instituição/agência, que não o DMH, que vai receber ou liberar as informações:**

Compreendo que tenho o direito de revogar esta autorização a qualquer momento. Se eu revogar esta autorização, deverei fazê-lo por escrito, e apresentar a revogação ao DMH no endereço do DMH identificado na primeira página. Entendo que o cancelamento da autorização não se aplicará às informações que já tenham sido liberadas de acordo com esta autorização. Compreendo que a revogação não se aplicará à minha empresa de seguros quando as leis proporcionarem à minha seguradora o direito de contestar uma requisição feita sob minha apólice. Esta autorização irá expirar em (especifique uma data, período de tempo ou evento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou, no caso de nada ser especificado, quando eu não estiver mais recebendo os serviços do DMH. Compreendo que, depois que as informações acima forem divulgadas a uma pessoa, instituição ou agência externa ao DMH, a parte que as receber pode divulgá-las novamente, e as informações podem não estar protegidas por regulamentações ou leis de privacidade federais ou estaduais. Compreendo que a autorização para usar ou divulgar as informações identificadas acima é voluntária. Eu não preciso assinar este formulário para receber tratamento ou serviços do DMH e/ou da outra pessoa, instituição ou agência nomeada neste formulário. Entretanto, a inabilidade de compartilhar ou obter informações pode evitar que o DMH, e/ou a outra pessoa, instituição ou agência forneçam os cuidados apropriados necessários.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sua assinatura ou assinatura de seu representante pessoal Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do assinante em letra deforma

AS INFORMAÇÕES A SEGUIR SERÃO NECESSÁRIAS, SE ESTA AUTORIZAÇÃO FOR ASSINADA POR UM REPRESENTANTE PESSOAL

Tipo de autoridade (p.ex., designado em juízo, pai ou mãe com a guarda) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liberações de informações com autorização especial **(marque todas as opções aplicáveis)**

**\_\_\_\_** Se meu prontuário médico contiver **informações relativas a tratamento de alcoolismo ou uso de drogas**, que são protegidas pela Regulamentação Federal 42 CFR, Part 2, eu especificamente autorizo a liberação de tais informações.

**\_\_\_\_** Se meu prontuário médico contiver **informações relativas a testes de antígenos e anticorpos de HIV**, que são protegidas pela MGL c.111 70F, ou a um diagnóstico ou tratamento para HIV/AIDS, eu especificamente autorizo a liberação de tais informações.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sua assinatura ou assinatura de seu representante pessoal Data

**INSTRUÇÕES:**

1. Este formulário deve ser completamente preenchido para ter validade.

2. Distribuição de cópias: original para o registro apropriado do DMH; cópia para a pessoa ou seu representante pessoal; cópia para a pessoa, instituição ou agência que estiver fazendo a requisição.

Autorização do DM para a liberação de informações – Recíproca Página 2 de 2

HIPAA-F-4 (Revisão de: 15/03/2015)

Portuguese

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

Department of Mental Health

(Departamento de Saúde Mental)

# *Autorização para a liberação de informações*

## Recíproca

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome:**  **Endereço:** | | **Outro(s) nome(s):**  **Telefone:** |
| **Nº do Social Security:** |  | **Data de nascimento:** |

***Autorizo o Department of Mental Health (DMH) a receber informações de e a liberar informações para a pessoa, instituição ou agência nomeada abaixo, verbalmente ou por escrito, da maneira indicada nesta autorização.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**       **À atenção de:** | **Telefone:** |
| **Rua:**        **Cidade/Estado:**       **Estado**:       **Código postal:** | |

*Informações para contato do DMH:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**  **Endereço:** | **Telefone:** |

***A pessoa que preencher este formulário deve fornecer detalhes relativos às datas das informações solicitadas. Observe que uma solicitação de liberação de notas de psicoterapia não pode ser combinada com nenhum outro tipo de solicitação.***

***Informações específicas a serem liberadas:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Todo o prontuário | Resumo da alta | Avaliações | Planos de tratamento |
| Documentação de admissão | Resumo da transferência | Avaliações e testes | Notas de psicoterapia |
| ISPs e IAPs | Exame físico | Relatórios laboratoriais | Consultas (incluir o nome do consultor) |
| Notas de psiquiatria | Testes neuropsíquicos | Outros (especifique) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Propósito desta autorização (é obrigatório marcar uma opção):**

O sujeito das informações ou seu representante pessoal iniciou a autorização (neste caso, o propósito específico não é necessário)

**Ou**

Coordenação de cuidados  Facilitação de cobrança

Indicação  Obtenção de seguro, financeiro ou outros benefícios

Outro propósito (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uma cópia desta autorização terá a mesma validade da autorização original.**

Autorização do DM para a liberação de informações – Recíproca Página 1 de 2

HIPAA-F-4 (Revisão de: 15/03/2015)

Portuguese

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

Department of Mental Health (Departamento de Saúde Mental)

# *Autorização para a liberação de informações*

**Recíproca (continuação)**

**Nome da pessoa/instituição/agência, que não o DMH, que vai receber ou liberar as informações:**

Compreendo que tenho o direito de revogar esta autorização a qualquer momento. Se eu revogar esta autorização, deverei fazê-lo por escrito, e apresentar a revogação ao DMH no endereço do DMH identificado na primeira página. Entendo que o cancelamento da autorização não se aplicará às informações que já tenham sido liberadas de acordo com esta autorização. Compreendo que a revogação não se aplicará à minha empresa de seguros quando as leis proporcionarem à minha seguradora o direito de contestar uma requisição feita sob minha apólice. Esta autorização irá expirar em (especifique uma data, período de tempo ou evento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou, no caso de nada ser especificado, quando eu não estiver mais recebendo os serviços do DMH. Compreendo que, depois que as informações acima forem divulgadas a uma pessoa, instituição ou agência externa ao DMH, a parte que as receber pode divulgá-las novamente, e as informações podem não estar protegidas por regulamentações ou leis de privacidade federais ou estaduais. Compreendo que a autorização para usar ou divulgar as informações identificadas acima é voluntária. Eu não preciso assinar este formulário para receber tratamento ou serviços do DMH e/ou da outra pessoa, instituição ou agência nomeada neste formulário. Entretanto, a inabilidade de compartilhar ou obter informações pode evitar que o DMH, e/ou a outra pessoa, instituição ou agência forneçam os cuidados apropriados necessários.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sua assinatura ou assinatura de seu representante pessoal Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do assinante em letra deforma

AS INFORMAÇÕES A SEGUIR SERÃO NECESSÁRIAS, SE ESTA AUTORIZAÇÃO FOR ASSINADA POR UM REPRESENTANTE PESSOAL

Tipo de autoridade (p.ex., designado em juízo, pai ou mãe com a guarda) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liberações de informações com autorização especial **(marque todas as opções aplicáveis)**

**\_\_\_\_** Se meu prontuário médico contiver **informações relativas a tratamento de alcoolismo ou uso de drogas**, que são protegidas pela Regulamentação Federal 42 CFR, Part 2, eu especificamente autorizo a liberação de tais informações.

**\_\_\_\_** Se meu prontuário médico contiver **informações relativas a testes de antígenos e anticorpos de HIV**, que são protegidas pela MGL c.111 70F, ou a um diagnóstico ou tratamento para HIV/AIDS, eu especificamente autorizo a liberação de tais informações.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sua assinatura ou assinatura de seu representante pessoal Data

**INSTRUÇÕES:**

1. Este formulário deve ser completamente preenchido para ter validade.

2. Distribuição de cópias: original para o registro apropriado do DMH; cópia para a pessoa ou seu representante pessoal; cópia para a pessoa, instituição ou agência que estiver fazendo a requisição.

Autorização do DM para a liberação de informações – Recíproca Página 2 de 2

HIPAA-F-4 (Revisão de: 15/03/2015)

Portuguese

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

Department of Mental Health

(Departamento de Saúde Mental)

# *Autorização para a liberação de informações*

## Recíproca

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome:**  **Endereço:** | | **Outro(s) nome(s):**  **Telefone:** |
| **Nº do Social Security:** |  | **Data de nascimento:** |

***Autorizo o Department of Mental Health (DMH) a receber informações de e a liberar informações para a pessoa, instituição ou agência nomeada abaixo, verbalmente ou por escrito, da maneira indicada nesta autorização.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**       **À atenção de:** | **Telefone:** |
| **Rua:**        **Cidade/Estado:**       **Estado**:       **Código postal:** | |

*Informações para contato do DMH:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**  **Endereço:** | **Telefone:** |

***A pessoa que preencher este formulário deve fornecer detalhes relativos às datas das informações solicitadas. Observe que uma solicitação de liberação de notas de psicoterapia não pode ser combinada com nenhum outro tipo de solicitação.***

***Informações específicas a serem liberadas:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Todo o prontuário | Resumo da alta | Avaliações | Planos de tratamento |
| Documentação de admissão | Resumo da transferência | Avaliações e testes | Notas de psicoterapia |
| ISPs e IAPs | Exame físico | Relatórios laboratoriais | Consultas (incluir o nome do consultor) |
| Notas de psiquiatria | Testes neuropsíquicos | Outros (especifique) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Propósito desta autorização (é obrigatório marcar uma opção):**

O sujeito das informações ou seu representante pessoal iniciou a autorização (neste caso, o propósito específico não é necessário)

**Ou**

Coordenação de cuidados  Facilitação de cobrança

Indicação  Obtenção de seguro, financeiro ou outros benefícios

Outro propósito (especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Uma cópia desta autorização terá a mesma validade da autorização original.**

Autorização do DM para a liberação de informações – Recíproca Página 1 de 2

HIPAA-F-4 (Revisão de: 15/03/2015)

Portuguese

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

Department of Mental Health (Departamento de Saúde Mental)

# *Autorização para a liberação de informações*

**Recíproca (continuação)**

**Nome da pessoa/instituição/agência, que não o DMH, que vai receber ou liberar as informações:**

Compreendo que tenho o direito de revogar esta autorização a qualquer momento. Se eu revogar esta autorização, deverei fazê-lo por escrito, e apresentar a revogação ao DMH no endereço do DMH identificado na primeira página. Entendo que o cancelamento da autorização não se aplicará às informações que já tenham sido liberadas de acordo com esta autorização. Compreendo que a revogação não se aplicará à minha empresa de seguros quando as leis proporcionarem à minha seguradora o direito de contestar uma requisição feita sob minha apólice. Esta autorização irá expirar em (especifique uma data, período de tempo ou evento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou, no caso de nada ser especificado, quando eu não estiver mais recebendo os serviços do DMH. Compreendo que, depois que as informações acima forem divulgadas a uma pessoa, instituição ou agência externa ao DMH, a parte que as receber pode divulgá-las novamente, e as informações podem não estar protegidas por regulamentações ou leis de privacidade federais ou estaduais. Compreendo que a autorização para usar ou divulgar as informações identificadas acima é voluntária. Eu não preciso assinar este formulário para receber tratamento ou serviços do DMH e/ou da outra pessoa, instituição ou agência nomeada neste formulário. Entretanto, a inabilidade de compartilhar ou obter informações pode evitar que o DMH, e/ou a outra pessoa, instituição ou agência forneçam os cuidados apropriados necessários.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sua assinatura ou assinatura de seu representante pessoal Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do assinante em letra deforma

AS INFORMAÇÕES A SEGUIR SERÃO NECESSÁRIAS, SE ESTA AUTORIZAÇÃO FOR ASSINADA POR UM REPRESENTANTE PESSOAL

Tipo de autoridade (p.ex., designado em juízo, pai ou mãe com a guarda) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Liberações de informações com autorização especial **(marque todas as opções aplicáveis)**

**\_\_\_\_** Se meu prontuário médico contiver **informações relativas a tratamento de alcoolismo ou uso de drogas**, que são protegidas pela Regulamentação Federal 42 CFR, Part 2, eu especificamente autorizo a liberação de tais informações.

**\_\_\_\_** Se meu prontuário médico contiver **informações relativas a testes de antígenos e anticorpos de HIV**, que são protegidas pela MGL c.111 70F, ou a um diagnóstico ou tratamento para HIV/AIDS, eu especificamente autorizo a liberação de tais informações.

**X** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sua assinatura ou assinatura de seu representante pessoal Data

**INSTRUÇÕES:**

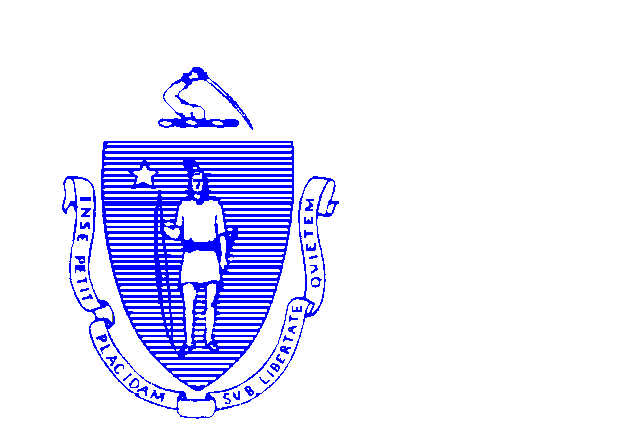
1. Este formulário deve ser completamente preenchido para ter validade.

2. Distribuição de cópias: original para o registro apropriado do DMH; cópia para a pessoa ou seu representante pessoal; cópia para a pessoa, instituição ou agência que estiver fazendo a requisição.

Autorização do DM para a liberação de informações – Recíproca Página 2 de 2

HIPAA-F-4 (Revisão de: 15/03/2015)

Portuguese



Estado de Massachusetts

Departamento de Saúde Mental

##### AVISO SOBRE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

ESTE AVISO DESCREVE COMO É QUE AS INFORMAÇÕES SOBRE SI PODERÃO SER USADAS E DIVULGADAS E COMO É QUE VOCÊ PODERÁ TER ACESSO A ESTAS INFORMAÇÕES.

\*Informações sobre Saúde Protegidas (em Inglês,PHI)

**POR FAVOR LEIA COM ATENÇÃO**

DATA DE ENTRADA EM VIGÔR: 15 de dezembro de 2010

Versão 6

Portuguese

# Privacidade

As leis federais e estaduais exigem que o Departamento de Saúde Mental (Departamento de Saúde Mental) (DMH) mantenha a privacidade das suas informações sobre saúde (PHI). As PHI incluem quaisquer informações identificáveis sobre a sua saúde física ou mental, os serviços de saúde que você recebe e o pagamento dos seus serviços de saúde.

As leis exigem que o DMH lhe faça este aviso para lhe dizer como é que o DMH poderá usar e divulgar as suas PHI e que você seja informado sobre os seus direitos de privacidade. O DMH tem de cumprir as práticas sobre privacidade tal como se estabelece no do Aviso sobre Práticas de Privacidade mais actualizado.

**Este aviso refere-se apenas ao uso**/**revelação das PHI**. **Não modifica as leis, regulamentos ou princípios relativos ao consentimento informado para o tratamento.**

# Alterações a este Aviso

O DMH poderá alterar as suas práticas de Privacidade. As alterações irão aplicar-se às PHI que o DMH já tem bem como às PHI que o DMH receber no futuro. O Aviso mais actualizado será afixado nas clínicas e programas do DMH bem como no portal do DMH(www.mass.gov/dmh), e estará disponível a pedido dos interessados. Cada Aviso sobre Privacidade será datado.

# Como é que o DMH Usa e Revela as PHI?

O DMH poderá usar/revelar as suas PHI para o tratamento, pagamento e actividades relacionadas com a saúde sem a sua autorização. Para outros fins será necessária a sua autorização por escrito a não ser que se aplique uma das excepções referidas neste aviso.

Usos/Revelações Relativas ao Tratamento, Pagamento e Actividades Relacionadas com a Saúde

Os seguintes exemplos descrevem alguns, mas não todos os usos/ revelações que são feitas para o tratamento, pagamento e actividades relacionadas com a saúde.

**Para tratamento** – De acordo com os seus regulamentos e princípios, o DMH poderá usar /revelar as PHI a médicos, enfermeiros, prestadores de serviços e outro pessoal (ex. intérpretes) que estejam envolvidos na prestação dos seus serviços de saúde ou de serviços com eles relacionados. As suas PHI serão usadas para fazer uma determinação em base ao seu pedido, para ajudar no desenvolvimento do seu tratamento e/ou no plano de serviços e para conduzir revisões e avaliações periódicas. As suas PHI serão compartilhadas com outros profissionais e prestadores de serviços de saúde para obter receitas, análises de laboratório, consultas e outras coisas necessárias ao seu tratamento. As suas PHI serão divulgadas a prestadores de serviços do DMH a fim de encaminhá-lo a serviços do DMH e depois para coordenar e prestar os serviços recebidos.

**Para obter pagamento –** De acordo com as restrições estabelecidas nos seus regulamentos e princípios o DMH poderá usar/revelar as suas PHI para facturar e receber dinheiro pelos seus serviços de saúde. O DMH poderá divulgar partes das suas PHI aos programas do Medicaid ou Medicare ou a uma terceira entidade pagadora para ser decidido se ela paga, para obter aprovação prévia e para documentar qualquer pretensão ou conta.

**Para actividades relacionadas com a saúde** – O DMH poderá usar/ revelar PHI para documentar actividades tais como o planeamento de programas, actividades de gestão e administrativas, garantia de qualidade, recepção e resposta a queixas, cumprimento de programas (ex. Medicare) auditorias, treino e credenciamento de profissionais de serviços de saúde e certificação e acreditação (ex. JCAHO, Comissão Conjunta para a Acreditação de Organizações dos Serviços de Saúde).

Avisos de Consultas

O DMH poderá usar PHI para lhe lembrar uma consulta ou para lhe prestar informações sobre tratamentos alternativos ou outros benefícios e serviços relacionados com a saúde que possam ser do seu interesse.

Usos/Divulgação que Exigem Autorização

É exigido ao DMH que tenha uma autorização escrita da sua parte ou do seu representante pessoal com autoridade legal para tomar decisões sobre a sua saúde para usos/divulgação para álem do tratamento, pagamento, e actividades relacionadas com a saúde a não ser que se aplique uma das excepções em baixo referidas. Você poderá revogar uma autorização a qualquer momento, se o fizer por escrito. Uma revogação parará os usos/divulgação futuros de PHI, excepto na parte em que o DMH já tenha agido com base na sua autorização.

# Excepões

* Em casos de procedimentos de representação legal ou internamento quando o DMH for parte
* Em casos de procedimentos judiciais se estiverem reunidos certos critérios
* Para protecção de vítimas de abuso ou negligência
* Em casos de finalidades de pesquisas, no seguimento rigoroso de procedimentos de revisão interna
* Se você concordar, verbalmente ou por outra forma, o DMH poderá revelar um montante limitado de PHI para as seguintes finalidades:
* **Clero**– A sua filiação religiosa poderá ser compartilhada com o clero
* **À Família e Amigos** – O DMH poderá compartilhar informações directamente relacionadas com o envolvimento deles no seu tratamento ou no pagamento do seu tratamento
* A instituições correccionais, se você estiver preso
* Para actividades de supervisão federal e estadual tais como investigações de fraudes, relatórios de incidentes usuais e actividades de protecção e defesa
* Se for exigido por lei ou para fins de cumprimento coactivo da lei ou de segurança nacional
* À EOHHS e/ou suas agências, tais como MassHealth, DCF, DDS, DYS, DTA e DPH para funções que incluem a prestação de serviços, decisões sobre direito à prestação de serviços e gestão de programas
* Para evitar uma ameaça grave e eminente para a saúde ou segurança públicas
* Para actividades de saúde pública tais como detecção de doenças e produção de estatísticas vitais
* No caso de morte, aos organizadores de funerais e certas organizações de obtenção de orgãos.

# Seus Direitos

Você ou o seu representante legal com poderes para tomar decisões para você, têm o direito a:

* Pedir que o DMH use um endereço ou números de telefone específicos para o contactar. Não é exigido que o DMH cumpra o seu pedido.
* Obter, a seu pedido, uma cópia de papel deste aviso ou qualquer revisão deste aviso, mesmo que tenha concordado em recebê-lo electronicamente.
* \*Inspeccionar e copiar PHI que possam ser usadas para tomar decisões sobre o seu tratamento. O acesso às suas fichas clínicas poderá ser restringido em circunstâncias limitadas. Se lhe for negado o acesso, em certas circunstâncias você poderá pedir que a decisão de negação seja revista. Poderão ser facturados custos pelas cópias e pelo correio.
* \*Pedir adições ou correcções às suas PHI. O DMH não está obrigado a cumprir um pedido desse tipo. Se não cumprir o seu pedido você poderá ter certos direitos.
* \*Receber a lista de indivíduos a quem o DMH divulgou as sua PHI (excluindo a divulgação do que você autorizou ou aprovou, a divulgação feita para fins de tratamento, pagamento e actividades relacionadas com a saúde bem como certo tipo de divulgação de informações obrigatórias).
* \*Pedir que o DMH restrinja o modo como usa ou divulga as suas PHI. O DMH não está obrigado a concordar com a restrição

\***Estes pedidos devem ser feitos por escrito**

**Arquivo do seu Histórico**

Seu histórico contendo informação sobre atenção e serviços recebidos do DMH será guardado por um mínimo de 20 anos a partir da data em que recebeu alta hospitalar e/ou de serviços prestado na comunidade. Depois desse período o histórico pode ser destruído.

# Para Contactar o DMH ou para Apresentar uma Queixa

Se quiser obter mais informações sobre as práticas de privacidade do DMH ou se quiser exercer os seus direitos, ou se achar que os seus direitos foram violados, ou se quiser apresentar uma queixa poderá contactar: DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114

Telefone: 617-626-8160, Fax: 617-626-8131, endereço eletrônico: [PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us](mailto:PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us). As queixas devem ser apresentadas por escrito.

Você poderá também contactar os serviços de arquivos das clínicas do DMH (para obter as fichas dessa clínica), um Director de programas do DMH (para obter os documentos arquivados desse programa), os serviços da sua clínica (para obter os documentos de gestão do caso) ou o responsável de direitos humanos da sua clínica ou programa, para obter mais informações ou assistência.

Ninguem poderá retaliar contra si por apresentar uma queixa ou por exercer os seus direitos como se descreve neste aviso.

Poderá também apresentar uma queixa com a **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