

**Propósito:**

O Departamento de Saúde Mental (DMH) procura facilitar a independência e a reabilitação através de serviços e apoio para crianças, jovens e famílias com distúrbios emocionais sérios e indivíduos adultos com problemas mentais sérios e persistentes.

Como Requerer Serviço(s) do DMH:

Indivíduos que requerem serviços de saúde mental através do DMH devem remeter os seguintes formulários. É essencial que sejam incluídas, onde indicado, as **assinaturas e as datas** em cada um dos formulários:

- Pedido de Solicitação de Serviços do DMH.* (ver páginas 5 – 9)
- DMH Determinação de Autorização de Serviço do DMH assinado* (ver página 10)
- Autorização(ões) para Divulgação de Informação assinado* (ver páginas 11 e 12)

Será necessária a seguinte informação para poder fazer uma decisão dentro do prazo regulamentar. É altamente recomendado que a informação clínica seja submetida ao mesmo tempo em que se faça o pedido, a fim de agilizar o processo de decisão. Se você não estiver incluindo a documentação clínica, favor incluir uma divulgação de informação assinada para os provedores atuais, incluindo quaisquer hospitais onde você tenha recebido tratamento. Tal informação inclui:

- Registros e testes psiquiátricos ambulatoriais.
- Relatórios e resumos de internação e de alta.
- Avaliações (por exemplo: Psiquiátrico e Psicossocial).
- Teste Neuropsicológico.
- Planos de Tratamento.
- Plano Individualizado de Educação (IEP)* caso exista um.

O DMH pode requerer informação clínica adicional conforme o necessário.

O que Esperar Após a Submissão do Seu Requerimento:

Dentro de sete (7) dias após o recebimento de um pedido de *Solicitação de Serviços do DMH*, o DMH irá contatar o requerente ou seu guardião para confirmar o recebimento do pedido de *Solicitação de Serviços do DMH*.

Um *Especialista de Autorização de Serviços Clínicos do DMH* poderá requerer, conforme o necessário, uma reunião em pessoa com o requerente/ou guardião para discutir mais e avaliar as necessidades do requerente/ou da família.

Se for definido que um indivíduo atende aos critérios para serviços, o Diretor de Área ou pessoa designada deverá determinar se o indivíduo necessita dos serviços do DMH. Tendo em vista que a disponibilidade dos serviços do DMH é limitada, o DMH deverá priorizar para quem e como os serviços serão fornecidos. Os regulamentos do DMH estabelecem o critério usado para determinar que está autorizado a receber serviços do DMH, e como esses serviços são alocados.

O Diretor de Área do DMH ou pessoa designada fará as decisões relativas a solicitações de serviço através do recebimento e análise da informação conforme os regulamentos do DMH:

<https://www.mass.gov/files/documents/2018/07/03/104cmr29.pdf>

O tempo necessário para fazer a determinação pode variar baseado na disponibilidade dos documentos de apoio. Será feita uma decisão dentro de 90 dias após o recebimento do pedido pelo DMH, baseado na informação que estiver disponível.

Onde encontrar os formulários de Solicitações e as Autorizações para a Divulgação de Informação:

O *Pedido de Solicitação de Serviços do DMH e Autorizações para a Divulgação de Informação* estão disponíveis nos Escritórios de Área e Locais do DMH, instalações psiquiátricas para pacientes agudos, e em muitos programas comunitários em todo o estado. Eles também estão disponíveis no site do DMH

<http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/service-application-forms-and-appeal-guidelines.html>

O DMH pode oferecer serviços de intérpretes e de tradução de documentos para que o requerente ou seu guardião possam usar o seu idioma preferido para comunicar-se com o DMH.

**Para onde enviar o Requerimento de Serviços do DMH:**

Favor localizar a cidade ou município do requerente na lista que aparece nas próximas páginas, e enviar o requerimento para o respectivo escritório do DMH. Favor ligar para o número listado se houverem quaisquer dúvidas.

Formulários com o pedido *Requerimento de Serviços do DMH assinado e datado*, e uma *Autorização para Divulgação de Informação devidamente assinada* devem ser entregues, enviados por correio, transmitidos por fax ou escaneados e enviados por e-mail para o escritório de área ou local do DMH que atende a área onde o requerente, pais ou responsável reside quando da aplicação.

Se você precisar de ajuda para preencher o *Requerimento de Serviços do DMH* queira por favor contatar o escritório abaixo que atende a cidade onde o requerente vive.

Escritório	Endereço	Telefone	Fac-símile
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 pedidos **NÃO** devem ser enviados para o Escritório Central do DMH na Staniford Street em Boston. Fazer Isso pode resultar em extravios de solicitações, e pode causar atrasos no processo de decisão.

Categorias de Raças e Etnias:

O DMH requer informação referente a Raça e Etnia para melhor poder oferecer serviços centrados na pessoa que sejam culturalmente e linguisticamente apropriados. Isso também ajuda o Departamento a satisfazer regulamentos e padrões, e permite o planejamento de necessidades de serviço não atendidas. **O fornecimento de informação sobre Raça e Etnia é opcional.** A decisão de informar ou não não afetará o pedido de serviços do DMH.

Poderão ser usadas as seguintes opções para completar as seções de Raça e Etnia do *Requerimento de Serviços do DMH*. Pessoas pertencentes a mais de uma raça ou etnia poderão, ao preencher o formulário, identificar-se como tal.

As categorias raciais listadas abaixo são baseadas num grupo padrão determinado pelo governo federal. Etnia é definido como o grupo de pessoas com as quais você está relacionado através de origem nacional em comum, história, descendência, linguagem ou costumes e experiências culturais. A seguinte lista está sendo fornecida para mostrar alguns exemplos de etnia ou grupos étnicos, e não pretende ser uma lista completa.

Opções de Raça
Índio americano / Nativo do Alasca
Asiático
Preto / Afro-Americano
Preto / hispânico
Prefere não se auto-identificar
Nativo havaiano ou outro insular do Pacífico
Outra raça
Duas ou mais raças
Desconhecido
Branco / Hispânico
Branco / Não-Hispânico

Exemplos de Etnias		
Albanês	Grego	Paquistanês
Americano – EUA	Guatemalteco	Peruano
Armênio	Haitiano	Panamenho
Butanês	Hispânico, Outro	Polonês
Bósnio	Hmong	Português
Brasileiro	Hondurenho	Porto Riquenho
Birmanês	Indiano	Russo
Cambojano	Iraniano	Salvadorenho
Canadense	Iraquiano	Somali
Cabo Verdeano	Irlandês	Tailandês
Chinês	Israelense	Tibetano
Colombiano	Italiano	Ucraniano
Congolês	Japonês	Desconhecido
Costa Riquenho	Coreano	Venezuelano
Dominicano	Laociano	Vietnamita
Egípcio	Libanês	Anilhas/Caribenho
Eritreano	Mexicano	
Etíope	Marroquino	Dua sou mais etnias
Filipino	Nigeriano	Outro
Francês	Nicaraguense	Prefere não se auto-identificar

**SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS DO DMH**

Data Efetiva Dezembro de 2017

Cidade ou Município	Escritório do DMH	Cidade ou Município	Escritório do DMH	Cidade ou Município	Escritório do DMH	Cidade ou Município	Escritório 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

**SOLICITAÇÃO DE SERVIÇOS DO DMH**

Data Efetiva Dezembro de 2017

Cidade ou Município	Escritório do DMH	Cidade ou Município	Escritório do DMH	Cidade ou Município	Escritório do DMH	Cidade ou Município	Escritório 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



Nome Legal do(a) Requerente _____ **SSN** _____
(Sobrenome) (Nome) (Nome do Meio) (Número do Social Security)

Nome Preferido pelo Requerente (Caso seja diferente do nome legal) _____
(Sobrenome) (Nome) (Nome do Meio)

Endereço (Ou último endereço conhecido caso o requerente seja sem-teto):

(Número e Rua) (APT. Nº) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Endereço de Correio (caso seja diferente do endereço acima)

(Número e Rua) (APT. Nº) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Data Nasc. ____/____/____ **Idade** ____ **Sexo** ____ **Estado Civil** ____
Mês Dia Ano

Raça _____ **Etnia** _____ **Idioma Preferido** _____

Necessita serviços de intérprete?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
➤ Caso sim, quem necessita de intérprete?	<input type="checkbox"/> Requerente	<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Responsável
O requerente é surdo ou tem deficiência auditiva?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
O requerente é legalmente cego (visão <20/200 ou totalmente cego)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Se tem 18 anos ou mais, o requerente é registrado para votar (opcional):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido
O requerente serviu as forças armadas?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desconhecido

(Favor marcar todas opções aplicáveis abaixo, e forneça número de telefone/endereço de e-mail)

Tel. Dia/Trabalho () _____ Pode deixar mensagem? Sim Não
 Telefone Noite () _____ Pode deixar mensagem? Sim Não
 Telefone Celular () _____ Pode deixar mensagem? Sim Não
 E-mail _____ Pode deixar mensagem? Sim Não

O requerente é adotado ou está em processo de adoção? Sim Não Desconhecido

Idioma Preferido pelo Pai/Responsável (caso requerente tenha menos de 18 anos): _____

Se requerente menor de 18, quem tem a guarda **legal**? Pai DCF Designado pelo Tribunal Própria (emancipado)

Se requerente menor de 18, quem tem a guarda **física**? Pai DCF DYS Própria (emancipado)

Informação Adicional de Contato (Favor incluir Divulgação de Informação para cada pessoa listada)

Nome do Contato de Emergência _____

Parentesco com o Requerente: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Pai/Mãe/Contato Agência (1) _____

Parentesco com o Requerente: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

Pai/Mãe/Contato Agência (2) _____

Parentesco com o Requerente: _____ Telefone: _____

Endereço: _____

**Situação Atual:**

O requerente está presentemente num hospital/CBAT?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data de Alta Antecipada: _____
➤ Caso sim, onde? _____			
O requerente é presentemente sem teto ?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
➤ Caso sim, agência envolvida, se for o caso _____			
O requerente está encarcerado ?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Data de Soltura Antecipada: _____
➤ Caso sim, onde? _____			
O requerente está presentemente em liberdade vigiada/CRA (Juizado de Menores) ?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
➤ Caso sim, nome do Agente Supervisor: _____			

Se o requerente for um pai ou pai adotivo, há algum filho(s) vivendo com você? Sim Não Não se AplicaO requerente está presentemente envolvido com agência de outro estado ou federal (ex: Veteranos)? Sim Não DesconhecidoCaso sim, qual agência? *Marque todos os que se apliquem*
 DCF DDS EOEa DPH DYS MRC MCDHH MCB VA

Contato de Outra Agência _____ Telefone N° _____

Favor Incluir uma Divulgação de Informação (Sobrenome) (Nome)

Contato de Outra Agência _____ Telefone N° _____

Favor Incluir uma Divulgação de Informação (Sobrenome) (Nome)
Informação sobre a Guarda Legal (Caso se aplique):O requerente tem a guarda legal determinada pelo tribunal? Sim Não

- Caso sim, tipo de guarda: _____

Há um "Guardian Mittimus" estabelecido pelo DCF? Sim Não Desconhecido

- Caso sim, que tipo? _____

Informação Importante: Caso o requerente tenha a guarda legal designada pelo tribunal, favor submeter uma cópia da Decisão Judicial junto com este requerimento. O guardião legal (pais ou designado pelo tribunal) deve assinar o requerimento e todas as Autorizações para Divulgação de informação para que a solicitação seja processada.

Nome Legal do Tutor _____ Parentesco _____
(Sobrenome) (Nome) (Parentesco com o Requerente)Endereço do Guardiã _____
(Número e Rua) (Apt Não) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Como podemos contatar o Guardiã? (Favor marcar todos que forem aplicáveis abaixo, e forneça número de telefone/endereço de E-mail)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tel. Dia/Trabalho () _____ | Pode deixar mensagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Telefone noite () _____ | Pode deixar mensagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Celular () _____ | Pode deixar mensagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> E-mail _____ | Pode deixar mensagem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Fontes de Renda

-
- Emprego
-
- SSI
-
- Social Security
-
- Família
-
- SSDI
-
-
- Sem Fonte de Renda
-
- Aux. de Emergência
-
- Outro (Favor Especificar): _____

**Informação sobre Educação/Escola/Universidade**O(a) requerente está na escola? Sim Não Desconhecido

- Caso sim, escola e cidade/município _____

Qual é a Agência de Educação Local (LEA) responsável? _____

O requerente tem um *Plano Individualizado de Educação (IEP)*? Sim Não Desconhecido

Caso Sim, que tipo de serviço(s) de educação especial o requerente está recebendo? (Favor marcar todos os aplicáveis)

 Residencial Diário Desconhecido Outro (Favor especificar): _____Este é um encaminhamento 688? Sim Não DesconhecidoO requerente tem um *Plano de Acomodação 504*? Sim Não Desconhecido**Seguro Saúde:**

Cobertura Atual (Marcar todos que se aplicam):

 Medicare: Apólice N°: _____ **Medicaid/MassHealth:** Apólice N°: _____

Tipo: _____

Signatário: _____

➤ O requerente está registrado presentemente nos Serviços Sim Não**Iniciativa de Saúde Comportamental de Crianças (CBHI)?**

Caso "sim," favor identificar os serviços que a pessoa está recebendo e a Agência de Serviço Comunitário (CSA) abaixo.

- Nome da Agência de Serviço Comunitário (CSA): _____

- Serviço(s) CBHI que o requerente está recebendo no momento: _____

➤ O requerente está registrado presentemente num Sim Não**Organização de Cuidados Responsáveis (ACO)?**

Caso "sim," favor identificar o nome e informação de contato abaixo.

➤ O requerente está registrado presentemente num Sim Não**Parceiro Comunitário de Saúde Comportamental (BHCP)?**

Caso "sim," favor identificar o nome e informação de contato abaixo.

 One Care

Plano: _____

 Comercial/Privada N° da Apólice: _____

Empresa de Seguro: _____

Signatário: _____

 Não tem Seguro SaúdeExiste um pedido pendente para seguro saúde? Sim Não

Caso sim, especifique o seguro: _____

**Provedor Primário de Cuidados de Saúde Mental:**

Favor indicar quem fornece ao requerente cuidados regulares de saúde mental. Se não houver um provedor de cuidados regulares de saúde mental, use esta seção para indicar o provedor mais recente de cuidados de saúde mental.

Provedor Primário de Saúde Mental:

_____ (Sobrenome) _____ (Nome)

Provedor Atual? Sim Não

Nome da Agência: _____

Endereço: _____
(Número e Rua) (Apt Não.) (Cidade) (Estado) (Código Postal)

Número do Telefone: _____ Ramal: _____

Informação de Diagnóstico:

O requerente tem um diagnóstico psiquiátrico atual? Sim Não Desconhecido

Caso sim, favor listar todos os diagnósticos conhecidos:

Outros Recursos

Nome	Parentesco (Por ex: família, terapeuta, pastor, etc.)	Endereço	Telefone	Incluída divulgação de informação? (S/N)



Saúde Física Geral:

Favor indicar quem provê cuidados regulares de saúde para o requerente. Se não houver um provedor regular de cuidados médicos, use esta seção para indicar o provedor mais recente de cuidados médicos.

Provedor Primário de Cuidados Médicos: _____ Provedor Atual? Sim Não

Nome da Agência: _____

Endereço do Provedor: _____

Número de Telefone do Provedor: _____

Existem problemas médicos que requerem cuidados contínuos? Sim Não Desconhecido

Já houve alguma vez um diagnóstico de problema neurológico? Sim Não Desconhecido

Caso "sim," favor descrever quaisquer problemas neurológicos presentes:

Medicações

O requerente está tomando quaisquer medicamentos no momento? Sim Não Desconhecido

Caso sim, favor listar os medicamentos, **dosagens** e **quem prescreveu**:

Por que o requerente está solicitando serviços?

Que tipos de serviços são requeridos?

**DETERMINAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE SERVIÇO DMH**

- Eu solicito que o (DMH) faça uma determinação de autorização de serviço DMH. Eu anexei formulários Assinados de *Autorização para a Dação de Informação a este requerimento*, caso necessário. Entendo que o DMH irá coletar e examinar prontuários médicos como parte do processo de determinação. Entendo que o meu nome e informação minha serão incluídos num sistema de arquivamento de registros do DMH.
- O DMH poderá requerer uma entrevista pessoal comigo, ou uma avaliação clínica em circunstâncias quando os registros clínicos disponíveis não forem o suficiente para fazer uma determinação.
- Será requerido que eu divulgue informação sobre a minha renda e seguro, e poderei ser cobrado por serviços de acordo com as minhas possibilidades financeiras.
- Eu entendo que a decisão do DMH poderá ser apelada quando se determinar que o requerente não foi aprovado para serviços por não ter cumprido com certos critérios para serviços do DMH.
- Eu recebi uma cópia do *Aviso de Práticas de Privacidade do DMH* (anexado a esta solicitação de serviços).
- Eu dou permissão ao DMH para comunicar-se sobre a minha solicitação de serviços do DMH com a pessoa identificada abaixo que me auxiliou com esta solicitação. Esta permissão é válida até que o meu pedido tenha sido completamente processado, ou eu notifique a revogação da mesma por escrito ao DMH.

Assine

Assinatura do requerente ou guardião legal

Nome do Requerente (Letra de Forma)

Data da Assinatura

- Assinado por: Pai/Mãe Guardião Legal Requerente se adulto ou menor emancipado
- **Documentos de Guarda ou Mittimus do DCF anexados?** Sim Não Desconhecido

PESSOA ASSISTINDO O REQUERENTE

Esta seção deve ser preenchida pelo provedor ou outra pessoa ajudando o requerente com a sua solicitação.

Nome _____ Parentesco _____
(Sobrenome) (Nome) (Parentesco com o Requerente)

Nome da Agência: _____

Endereço: _____
(Número e Rua) (Apt Não) (Cidade) (Estado) (Código Postal)Telefone: _____ Dia Noite Celular**PROGRAMA OU INSTITUIÇÃO APRESENTANDO A SOLICITAÇÃO A FAVOR DO REQUERENTE**

Esta seção deverá ser preenchida completamente pelo programa ou instituição apresentando a solicitação a favor do requerente.

Nome do Programa ou Instituição

Nome do Requerente

- O requerente/guardião foi informado na data de _____ que estava sendo preenchida uma solicitação em seu nome, e que eles não fizeram bjeção.
- O requerente carece de capacidade e foi feito um requerimento de guarda no foro apropriado (cópia do requerimento em anexo)

Assine

Assinatura e título da pessoa submetendo a solicitação

Nome em letra de forma da pessoa submetendo a solicitação

PARA SUBMETER FORMULÁRIOS DE DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICASComo parte do processo de determinação de solicitação de Serviços do DMH, o DMH irá examinar todos os registros de cuidados de saúde mental disponíveis recebidos pelo requerente. **Favor submeter formulários de *Autorização para a Divulgação de Informação* assinados juntamente com esta solicitação.**

1. Favor enviar um **formulário** de *Autorização de Divulgação de Informação* assinado **para cada provedor** de cuidados de saúde mental. Se os cuidados de saúde mental forem fornecidos através de uma clínica, favor indicar o provedor primário daquela clínica. Faça cópias adicionais deste formulário conforme o necessário.
2. Adicionalmente, favor **enviar** um **formulário de *Autorização de Divulgação de Informação* para qualquer outra informação clínica que o requerente queira que seja considerada como parte da determinação**. Faça cópias adicionais deste formulário conforme o necessário.
3. Favor **verificar a exatidão** quanto ao nome, endereço e número de telefone do provedor em cada um dos formulários de divulgação. Nome, endereço e número de telefone corretos aceleram o processo de revisão.
4. Cerifique-se de inicializar e assinar todas as áreas da divulgação de informação (incluindo a seção de liberação especialmente autorizada)

Quantos formulários de *Autorização de Divulgação de Informação* estão sendo enviados com este pedido? O DMH também irá rever quaisquer registros médicos que o requerente, ou aqueles assistindo o requerente possam ter em sua posse e que desejem enviar para consideração.

5. Favor completar e assinar um formulário de *Autorização de Divulgação de Informação* para cada registro médico que esteja anexado a este pedido caso o funcionário do DMH precise esclarecer informação contida no relatório.
6. Cópias dos registros médicos não poderão ser devolvidos, e sendo assim favor não enviar os originais.

Quantas cópias de relatórios médicos estão anexados a esta solicitação?

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorização Para Divulgação de Informação
Bidirecional****1. Paciente/Informação do Requerente**

Nome: _____ Outros Nomes: _____
 Rua: _____ APT.Nº: _____
 Cidade/Município: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Social Security Nº: _____ Data de Nascimento: _____
 Telefone : _____

2. Autorização para Divulgação: Eu autorizo o Departamento de Saúde Mental (DMH) a receber e divulgar informação, incluindo comunicações confidenciais, de ou para Pessoa, Agência ou Instalação abaixo nomeada, tanto verbalmente como por escrito.

Pessoa, Agência ou Instalação (por exemplo, nome e endereço de hospital, serviços de ambulatório, programa residencial, outro)

Nome: _____
 A/C de: _____
 Rua: _____
 Cidade/Município: _____
 Estado/Código Postal: _____
 Telefone: _____
 Fax: _____

Unidade de Autorização de Serviço do DMH

3. Marque para indicar a informação que você quer compartilhar: (marque todos que se apliquem)

Diagnóstico e Tratamento de Saúde Mental fornecidos por um Psiquiatra; Psicólogo; Enfermeira Especialista em Saúde Mental; Assistente Social Licenciado em Aconselhamento; todos os outros Fornecedores de Saúde Mental Licenciados.

Prontuário Completo de Saúde Mental, *excluindo Notas de Psicoterapia que requerem uma autorização separada*

Resumo de Alta Hospitalar

Planos de Tratamento

ISPs e IAPs

Teste Neuropsiquiátrico

Resumo de Transferência

Documentação de Admissão

Exame Físico

Resultados de Exames de Laboratório

Outros (favor especificar) / informação adicional: _____

4. Datas das informações que você quer compartilhar: (Especificar as datas OU selecionar período de 3 anos marcando esta opção)

Datas da Informação Solicitada: De: _____ Até: _____

OU Pelo período de 3 anos anteriores a data desta autorização.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorização Para Divulgação de Informação
Bidirecional**

Paciente/Nome do Requerente: _____

5. Favor *marcar* para indicar que você dá permissão para a divulgação da seguinte informação, caso esteja presente em seu prontuário: (*marcar todos que se aplicam*) Testes de resultados de HIV (Exige-se a autorização para cada divulgação solicitada.) Registros de Abuso de Álcool e Drogas Protegidos pela lei federal de confidencialidade Regras 42 CFR Parte 2 da regulamentação federal que proíbe quaisquer divulgações adicionais desta informação a menos que expressamente permitidas numa autorização por escrito da pessoa a quem ela pertence, ou tal como permitido pelo 42 CFR parte 2.**Propósito da Divulgação:** Autorização de serviço.

Eu entendo que:

- Eu tenho o direito de revogar esta informação a qualquer momento.
- Seu eu revogar esta autorização, eu devo fazê-lo por escrito e apresentar a mesma ao DMH no endereço do DMH identificado na página um ou no escritório do DMH da minha região. (Localize escritórios regionais do DMH no www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; ligue para 1-800-221-0053; ou por e-mail dmhinfo@MassMail.State.MA.US.)
- A revogação não se aplicará a informações já divulgadas em conformidade com esta autorização.
- A revogação não se aplicará à minha empresa de seguro quando a lei permitir ao meu segurador o direito de contestar um demanda sob a minha apólice.
- Uma vez que a informação acima seja divulgada, o receptor poderá divulgá-la novamente, e a informação não poderá ser protegida por leis ou regulamentos estaduais ou federais.
- A autorização da divulgação da informação acima é voluntária.
- Eu não preciso assinar este formulário para receber tratamento ou serviços do DMH e/ou a outra pessoa, instalação ou agência nomeada; no entanto, a falta de capacidade de poder compartilhar ou obter informação pode impedir o DMH, e/ou a outra pessoa, instalação ou agência nomeada de fornecer os cuidados cuidados apropriados e necessários.

Esta autorização irá vencer (especificar uma data, período de tempo ou um evento) _____ ou, se nada houver sido especificado ela vencerá: (i) um ano da data de assinatura; ou (ii) caso se aplique, quando eu não estiver mais recebendo serviços do DMH o que for mais tarde.

6. Assinatura / Autorização: Assine e forneça a informação requerida abaixo.

X _____ _____
A sua assinatura ou a assinatura de seu representante pessoal Data

Nome por extenso da pessoa assinando

A seguinte informação é necessária caso esteja sendo assinado por um representante pessoal:

Tipo de autoridade (por exemplo, designado em juízo, pai custodial): _____

Se designado pelo tribunal fornecer cópia da nomeação.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorização Para Divulgação de Informação
Bidirecional****1. Paciente/Informação do Requerente**

Nome: _____ Outros Nomes: _____
 Rua: _____ APT.Nº: _____
 Cidade/Município: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Social Security Nº: _____ Data de Nascimento: _____
 Telefone : _____

2. Autorização para Divulgação: Eu autorizo o Departamento de Saúde Mental (DMH) a receber e divulgar informação, incluindo comunicações confidenciais, de ou para Pessoa, Agência ou Instalação abaixo nomeada, tanto verbalmente como por escrito.

Pessoa, Agência ou Instalação (por exemplo, nome e endereço de hospital, serviços de ambulatório, programa residencial, outro)

Nome: _____
 A/C de: _____
 Rua: _____
 Cidade/Município: _____
 Estado/Código Postal: _____
 Telefone: _____
 Fax: _____

Unidade de Autorização de Serviço do DMH

3. Marque para indicar a informação que você quer compartilhar: (marque todos que se apliquem)

Diagnóstico e Tratamento de Saúde Mental fornecidos por um Psiquiatra; Psicólogo; Enfermeira Especialista em Saúde Mental; Assistente Social Licenciado em Aconselhamento; todos os outros Fornecedores de Saúde Mental Licenciados.

Prontuário Completo de Saúde Mental, *excluindo Notas de Psicoterapia que requerem uma autorização separada*

Resumo de Alta Hospitalar

Planos de Tratamento

ISPs e IAPs

Teste Neuropsiquiátrico

Resumo de Transferência

Documentação de Admissão

Exame Físico

Resultados de Exames de Laboratório

Outros (favor especificar) / informação adicional: _____

4. Datas das informações que você quer compartilhar: (Especificar as datas OU selecionar período de 3 anos marcando esta opção)

Datas da Informação Solicitada: De: _____ Até: _____

OU Pelo período de 3 anos anteriores a data desta autorização.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorização Para Divulgação de Informação
Bidirecional**

Paciente/Nome do Requerente: _____

5. Favor marcar para indicar que você dá permissão para a divulgação da seguinte informação, caso esteja presente em seu prontuário: (marcar todos que se aplicam)

- Testes de resultados de HIV (Exige-se a autorização para cada divulgação solicitada.)
- Registros de Abuso de Álcool e Drogas Protegidos pela lei federal de confidencialidade Regras 42 CFR Parte 2 da regulamentação federal que proíbe quaisquer divulgações adicionais desta informação a menos que expressamente permitidas numa autorização por escrito da pessoa a quem ela pertence, ou tal como permitido pelo 42 CFR parte 2.

Propósito da Divulgação: Autorização de serviço.

Eu entendo que:

- Eu tenho o direito de revogar esta informação a qualquer momento.
- Se eu revogar esta autorização, eu devo fazê-lo por escrito e apresentar a mesma ao DMH no endereço do DMH identificado na página um ou no escritório do DMH da minha região. (Localize escritórios regionais do DMH no www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; ligue para 1-800-221-0053; ou por e-mail dmhinfo@MassMail.State.MA.US.)
- A revogação não se aplicará a informações já divulgadas em conformidade com esta autorização.
- A revogação não se aplicará à minha empresa de seguro quando a lei permitir ao meu segurador o direito de contestar um demanda sob a minha apólice.
- Uma vez que a informação acima seja divulgada, o receptor poderá divulgá-la novamente, e a informação não poderá ser protegida por leis ou regulamentos estaduais ou federais.
- A autorização da divulgação da informação acima é voluntária.
- Eu não preciso assinar este formulário para receber tratamento ou serviços do DMH e/ou a outra pessoa, instalação ou agência nomeada; no entanto, a falta de capacidade de poder compartilhar ou obter informação pode impedir o DMH, e/ou a outra pessoa, instalação ou agência nomeada de fornecer os cuidados cuidados apropriados e necessários.

Esta autorização irá vencer (especificar uma data, período de tempo ou um evento) _____ ou, se nada houver sido especificado ela vencerá: (i) um ano da data de assinatura; ou (ii) caso se aplique, quando eu não estiver mais recebendo serviços do DMH o que for mais tarde.

6. Assinatura / Autorização: Assine e forneça a informação requerida abaixo.

X _____
A sua assinatura ou a assinatura de seu representante pessoal _____ Data _____

Nome por extenso da pessoa assinando _____

A seguinte informação é necessária caso esteja sendo assinado por um representante pessoal:

Tipo de autoridade (por exemplo, designado em juízo, pai custodial): _____

Se designado pelo tribunal fornecer cópia da nomeação.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorização Para Divulgação de Informação
Bidirecional****1. Paciente/Informação do Requerente**

Nome: _____ Outros Nomes: _____
 Rua: _____ APT.Nº: _____
 Cidade/Município: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Social Security Nº: _____ Data de Nascimento: _____
 Telefone : _____

2. Autorização para Divulgação: Eu autorizo o Departamento de Saúde Mental (DMH) a receber e divulgar informação, incluindo comunicações confidenciais, de ou para Pessoa, Agência ou Instalação abaixo nomeada, tanto verbalmente como por escrito.

Pessoa, Agência ou Instalação (por exemplo, nome e endereço de hospital, serviços de ambulatório, programa residencial, outro)

Unidade de Autorização de Serviço do DMH

Nome: _____
 A/C de: _____
 Rua: _____
 Cidade/Município: _____
 Estado/Código Postal: _____
 Telefone: _____
 Fax: _____

3. Marque para indicar a informação que você quer compartilhar: (marque todos que se apliquem)

Diagnóstico e Tratamento de Saúde Mental fornecidos por um Psiquiatra; Psicólogo; Enfermeira Especialista em Saúde Mental; Assistente Social Licenciado em Aconselhamento; todos os outros Fornecedores de Saúde Mental Licenciados.

Prontuário Completo de Saúde Mental, *excluindo Notas de Psicoterapia que requerem uma autorização separada*

Resumo de Alta Hospitalar

Planos de Tratamento

ISPs e IAPs

Teste Neuropsiquiátrico

Resumo de Transferência

Documentação de Admissão

Exame Físico

Resultados de Exames de Laboratório

Outros (favor especificar) / informação adicional: _____

4. Datas das informações que você quer compartilhar: (Especificar as datas OU selecionar período de 3 anos marcando esta opção)

Datas da Informação Solicitada: De: _____ Até: _____

OU Pelo período de 3 anos anteriores a data desta autorização.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorização Para Divulgação de Informação
Bidirecional**

Paciente/Nome do Requerente: _____

5. Favor *marcar* para indicar que você dá permissão para a divulgação da seguinte informação, caso esteja presente em seu prontuário: (*marcar todos que se aplicam*)

- Testes de resultados de HIV (Exige-se a autorização para cada divulgação solicitada.)
- Registros de Abuso de Álcool e Drogas Protegidos pela lei federal de confidencialidade Regras 42 CFR Parte 2 da regulamentação federal que proíbe quaisquer divulgações adicionais desta informação a menos que expressamente permitidas numa autorização por escrito da pessoa a quem ela pertence, ou tal como permitido pelo 42 CFR parte 2.

Propósito da Divulgação: Autorização de serviço.

Eu entendo que:

- Eu tenho o direito de revogar esta informação a qualquer momento.
- Se eu revogar esta autorização, eu devo fazê-lo por escrito e apresentar a mesma ao DMH no endereço do DMH identificado na página um ou no escritório do DMH da minha região. (Localize escritórios regionais do DMH no www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; ligue para 1-800-221-0053; ou por e-mail dmhinfo@MassMail.State.MA.US.)
- A revogação não se aplicará a informações já divulgadas em conformidade com esta autorização.
- A revogação não se aplicará à minha empresa de seguro quando a lei permitir ao meu segurador o direito de contestar um demanda sob a minha apólice.
- Uma vez que a informação acima seja divulgada, o receptor poderá divulgá-la novamente, e a informação não poderá ser protegida por leis ou regulamentos estaduais ou federais.
- A autorização da divulgação da informação acima é voluntária.
- Eu não preciso assinar este formulário para receber tratamento ou serviços do DMH e/ou a outra pessoa, instalação ou agência nomeada; no entanto, a falta de capacidade de poder compartilhar ou obter informação pode impedir o DMH, e/ou a outra pessoa, instalação ou agência nomeada de fornecer os cuidados cuidados apropriados e necessários.

Esta autorização irá vencer (especificar uma data, período de tempo ou um evento) _____ ou, se nada houver sido especificado ela vencerá: (i) um ano da data de assinatura; ou (ii) caso se aplique, quando eu não estiver mais recebendo serviços do DMH o que for mais tarde.

6. Assinatura / Autorização: Assine e forneça a informação requerida abaixo.

X _____
 A sua assinatura ou a assinatura de seu representante pessoal _____ Data _____

Nome por extenso da pessoa assinando _____

A seguinte informação é necessária caso esteja sendo assinado por um representante pessoal:

Tipo de autoridade (por exemplo, designado em juízo, pai custodial): _____

Se designado pelo tribunal fornecer cópia da nomeação.



COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE**

ESTE AVISO DESCREVE COMO A SUA INFORMAÇÃO MÉDICA
PODERÁ SER USADA E DIVULGADA E
COMO VOCÊ PODERÁ TER ACESSO A ESSA INFORMAÇÃO.
POR FAVOR LEIA COM ATENÇÃO

Data Efetiva do Aviso: 15 maio de 2018

Privacidade

O Departamento de Saúde Mental (DMH) tem a obrigação, conforme lei federal e estadual, de manter a privacidade e a segurança de sua informação de saúde protegida (PHI). A PHI inclui qualquer informação identificável sobre a sua saúde física ou mental, os tratamentos de saúde que você recebe, e os pagamentos por seus tratamentos de saúde. Também poderão estar incluídos na sua PHI informação sobre tratamentos recebidos de outros provedores.

A lei exige que o DMH lhe forneça este aviso para lhe informar como ele poderá usar e divulgar a sua PHI, e para informá-lo sobre os seus direitos de privacidade. O DMH deve seguir as práticas de privacidade conforme estabelecido em seu mais recente Aviso de Práticas de Privacidade.

Mudanças a Este Aviso

O DMH poderá mudar as sua práticas de privacidade e os termos deste aviso a qualquer momento. As mudanças irão se aplicar a PHI que o DMH já tem, bem como a PHI que o DMH venha a receber no futuro. O aviso de privacidade mais atualizado estará afixado nas instalações e programas do DMH, no site do DMH (www.state.ma.us/dmh), e estará disponível por solicitação. Todos os avisos de privacidade serão datados.

Como o DMH PODERÁ Usar e Divulgar a Sua PHI

O DMH poderá usar a sua PHI dentro da organização do DMH, e divulgá-la fora da instituição sem a sua autorização, para os seguintes propósitos:

- 1. Para Tratamento** - O DMH poderá usar/divulgar a PHI para para médicos, enfermeiros, residentes ou estudantes e outros provedores de serviços de saúde que estão envolvidos no fornecimento de tratamento de saúde e serviços relacionados para você. A sua PHI será usada para ajudar no desenvolvimento de seu tratamento e/ou plano de serviço, e para fazer revisões e avaliações periódicas. A PHI poderá ser divulgada para outros profissionais de saúde e provedores para obtenção de receitas, análise de laboratório, consultas e outros itens necessários para o seu tratamento. A PHI será divulgada para provedores de cuidados de saúde para fins de encaminhá-lo para serviços, e aí então para a coordenação e o provimento dos serviços que você recebe.
- 2. Para Pagamento** - O DMH poderá usar/divulgar a sua PHI para faturar e cobrar pagamentos por seus tratamentos de saúde. O DMH poderá divulgar partes da sua PHI para programas do Medicaid ou Medicare, ou pagador de terceiros para determinar se eles farão o pagamento, para obter aprovação prévia, e para respaldar qualquer conta ou fatura.
- 3. Para Operações de Assistência à Saúde**- O DMH poderá usar/divulgar a PHI para apoiar atividades tais como planejamento de programas, administração e atividades administrativas, garantia de qualidade, recepção e resposta a queixas, programas de conformidade (p. ex., Medicare), auditorias, treinamento e credenciamento de profissionais de saúde, e certificação e aprovação [p. ex., A Comissão Conjunta (*The Joint Commission*)].

- 4. Lembretes de Consulta** – O DMH poderá usar a PHI para lembrá-lo de uma consulta, ou seguir instruções, ou para lhe fornecer informação sobre tratamentos alternativos, ou outros benefícios e serviços de saúde relacionados que possam ser do seu interesse.
- 5. Parceiros de Negócio** – O DMH poderá usar/divulgar a PHI para empreiteiros, agentes e outros parceiros de negócios que necessitam da informação para ajudar o DMH com a obtenção de pagamento ou para desempenhar as suas operações comerciais. Se o DMH divulgar a sua PHI para um parceiro de negócio, o DMH terá um contrato por escrito com o parceiro de negócio para garantir que ele também proteja a sua PHI.
- 6. Família e Amigos/Clero** – O DMH pode divulgar uma quantidade limitada de PHI para os seguintes propósitos:
- **Clero** – Se você concordar, verbalmente ou de outra forma, a sua afiliação religiosa poderá ser divulgada ao clero.
 - **Para Família, Amigos ou Outros** – Se você concordar ou não tiver objeções, a PHI poderá ser divulgada para pessoas envolvidas em seu tratamento ou pagamento por seu tratamento, se estiverem diretamente envolvidas com o seu tratamento ou pagamento por seu tratamento.
- 7. Exigido por Lei** - O DMH poderá usar/divulgar a PHI conforme exigido por lei, tais como para denunciar um crime cometido em suas instalações; conforme uma ordem judicial; para delatar abuso ou negligência, e outras situações onde o DMH é obrigado a denunciar por lei e/ou divulgar a PHI em conformidade com um estatuto ou regulamento.
- 8. Ações Judiciais e Demandas** - Se você entrar com uma ação legal ou outro processo contra o DMH, ou os nossos empregados ou agentes, nós poderemos usar e divulgar a PHI para nos defender.
- 9. Outros Fins** - O DMH pode usar/divulgar a sua (PHI):
- Para processo de guarda ou de reclusão quando o DMH é uma das partes;
 - Para outros processos judiciais e administrativos se forem cumpridos determinados critérios;
 - Para autoridades de saúde pública que estão para receber denúncias de abuso ou negligência;
 - Para fins de pesquisa, após uma rigorosa revisão interna;
 - Para evitar uma ameaça séria e eminente à saúde ou segurança;
 - Para pessoas envolvidas em seu tratamento numa situação de emergência, se forem cumpridos determinados critérios;
 - Para instituições correcionais se você for um dos presos ou for detido por um agente da lei, nós poderemos divulgar a sua PHI para agentes penitenciários ou policiais, se for necessário para prover tratamento de saúde para você, ou para manter a proteção, segurança e ordem do local onde você está preso;
 - Para agentes de saúde pública autorizados durante atividades de saúde pública, tais como o rastreamento de doenças e informando estatísticas vitais;
 - Para agências do governo autorizadas a fazer auditorias, investigações e inspeções de nossas instalações. Essas agências do governo monitoram as operações do sistema de saúde, programas de benefícios governamentais tais como Medicare e Medicaid, e cumprimento com programas regulatórios do governo, e com as leis de direitos civis;
 - Para pedidos de indenizações por acidentes de trabalho;
 - Para certas funções especializadas do governo se forem cumpridos determinados critérios; e
 - Na infeliz eventualidade de sua morte, nós poderemos divulgar a sua PHI para médicos legistas, examinador médico e diretores de agência funerária, e certas organizações que coletam órgãos ou tecidos.

Usos/Divulgações que Requerem Autorização por Escrito

O DMH é obrigado a ter uma autorização por escrito feita por você ou o seu representante pessoal legalmente autorizado para usos/divulgações que vão além de tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde, a menos que uma das exceções listadas acima se aplique. Você pode cancelar uma autorização a qualquer momento, se você fizé-lo por escrito. Um cancelamento irá parar futuros usos/divulgações exceto na medida em que o DMH já tenha agido baseado em sua autorização.

É exigida a autorização para a maioria dos usos e divulgações de anotações de psicoterapia (estas são anotações que certos profissionais de saúde comportamental fazem que registra a sua consulta com eles e que

não são armazenados em seu prontuário médico), certas informações de transtorno de uso de substâncias, testes ou resultados de testes de HIV, e certa informação genética, mesmo que a divulgação esteja sendo feita para fins de tratamento, pagamento ou operações de cuidados de saúde conforme descritos acima.

Embora os seguintes tipos de usos/divulgações não estejam contemplados pelo DMH, nós precisamos informá-lo que qualquer uso ou divulgação da PHI para marketing que envolva remuneração financeira para o DMH irá requerer uma autorização. Da mesma forma, para vender a PHI, o DMH deve obter uma autorização. O DMH não irá usar ou divulgar a sua PHI para fins de angariação de fundos.

Os Seus Direitos com Relação a Sua PHI

Você ou o seu representante pessoal legalmente autorizado tem direito a:

- Solicitar que o DMH use um endereço ou número de telefone específico para contatá-lo. O DMH tentará acomodar todos os pedidos razoáveis.
- Obter, mediante solicitação, uma cópia impressa deste aviso ou qualquer revisão deste aviso, mesmo que você tenha concordado em recebê-lo eletronicamente.
- Revisar e requerer uma cópia da PHI usada para fazer decisões sobre o seu tratamento. Quando os registros médicos forem mantidos eletronicamente, você poderá requerer uma cópia eletrônica. O acesso aos seus registros poderão, em circunstâncias limitadas, ser restritos. Se o DMH negar o seu pedido, no todo ou em parte, você poderá solicitar que a negação seja revista. Poderão ser cobradas taxas pelas cópias e envio por correio. Normalmente o DMH irá responder a sua solicitação em 30 dias. Se for necessário tempo adicional para responder, o DMH irá notificá-lo dentro de 30 dias para explicar a razão(ões) para a demora, e indicar quando você deve esperar uma resposta final para o seu pedido. **Esta solicitação deverá ser feita por escrito.**
- Solicitar adições ou correções a sua PHI. O DMH não é obrigado a concordar com tais pedidos. Se ele não satisfizer com a sua solicitação, o DMH irá lhe dizer o porque por escrito dentro de 60 dias, e notificá-lo nesse caso de seus direitos específicos. Caso se requeira tempo adicional para responder, o DMH irá notificá-lo dentro de 60 dias para explicar a razão(ões) para a demora, e indicar quando você deve esperar uma resposta final para o seu pedido. **Esta solicitação deverá ser feita por escrito.**
- Solicitar uma relação de divulgações (até os últimos seis anos) que irá identificar, de acordo com as leis aplicáveis, certas outras pessoas ou organizações para as quais o DMH divulga a sua PHI e o porque de fazê-lo. A relação não incluirá divulgações que foram: (1) feitas para você ou o seu representante pessoal; (2) autorizadas ou aprovadas por você; (3) feitas para o tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde; e (4) feitas por serem obrigatórias por lei. Normalmente o DMH responderá as suas solicitações dentro de 60 dias. Se for necessário tempo adicional para a resposta, o DMH irá notificá-lo dentro de 60 dias para explicar a razão(ões) para a demora, e indicar quando você deve esperar uma resposta final para o seu pedido. **Esta solicitação deverá ser feita por escrito.**
- Solicitar que o DMH restrinja o modo como ele usa ou divulga a sua PHI. O DMH não é obrigado a concordar com tal restrição, com a exceção de se você ou alguém em seu nome pagar integralmente do próprio bolso por um serviço ou um item de tratamento de saúde, O DMH irá concordar em não divulgar a PHI referente unicamente a aquele serviço ou item de tratamento de saúde, a menos que o DMH seja obrigado por lei a divulgar aquela PHI. **Esta solicitação deverá ser feita por escrito.**

As solicitações acima poderão ser feitas ou submetidas em qualquer instalação ou escritório do DMH.

Retenção de Registros

Os seus registros individuais serão mantidos por um mínimo de 20 anos contados desde a última data em que você recebeu serviços numa unidade de internação do DMH e/ou serviços comunitários administrados pelo DMH. Depois desse tempo os seus registros poderão ser destruídos.

Violação da PHI

O DMH irá informá-lo se houver uma violação da sua PHI não segura.

Queixas

Se você achar que a sua privacidade ou os seus direitos à privacidade foram violados, ou se você quiser apresentar uma queixa, você poderá contatar: Encarregado de Privacidade do DMH, Departamento de Saúde Mental, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Telefone: 617-626-8160, Fax: 617-626-8242. A queixa deverá ser apresentada por escrito.

Você também poderá apresentar uma queixa junto à Secretaria de Saúde e de Serviços Humanos, Escritório de Direitos Civis, U.S. Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Sala 1875, Boston, MA. 02203.

Ninguém poderá retaliar contra você por apresentar uma queixa, ou por exercer os seus direitos conforme descritos neste aviso.

Informação de Contato sobre Privacidade

Se você deseja obter maiores informações sobre as práticas de privacidade do DMH, ou se você deseja exercer os seus direitos, você pode contatar: Encarregado de Privacidade do DMH, Departamento de Saúde Mental, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, Telefone: 617-626-8160, Fax: 617-626-8131. A queixa deverá ser apresentada por escrito.

Você também poderá contatar o escritório de registros médicos de uma instalação do DMH (referente a registros daquela instalação), um diretor de programa do DMH (referente a registros daquele programa), seu escritório local (para registros de gestão de casos), ou o escritório de direitos humanos na sua instalação ou programa, para maiores informações ou assistência.

Informação de Contato do DMH

Se você deseja obter outras informações (não relacionadas à privacidade) sobre o DMH e seus serviços você pode contatar: Informação DMH Information, Departamento de Saúde Mental, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, E-mail: dmhinfo@state.ma.us, Telefone: 800-221-0053, Fax: (617) 626-8131.

Você também poderá contatar o seu diretor de programa do DMH, o seu escritório local, ou o administrador de direitos humanos em sua instalação ou programa, para maiores informações ou assistência.