

Commonwealth of Massachusetts  
 Department of Mental Health  
**Autorizason pa divulgason di infurmason**  
**Di/pa**

<b>1. Infurmason di Pacienti/Rikerenti</b>		
Nomi: _____	Otus Nomis: _____	
Rua: _____	APT.#: _____	
Sidadi: _____	Stadu: _____	Códigu: _____
Seguransa Sosial #: _____	Data di nascimentu: _____	
Telefoni : _____		

<b>2. Autorizason pa divulgason:</b> M'ta autoriza Dipartamentu di Saúdi (DMH) recebi y divulga Infurmason, inklusivi correspondensia confidencial, di ô pa, <del>Pesoa</del> Ajênsia ô Centru nomeadu abaixo, verbalmenti ô por skritu.	
Pesoa, Ajênsia ô Centru (e.g., Nomi y endereso di hospital, provedor externu, programa residencial, otu) Nomi: _____ Atenson: _____ Rua: _____ Cidadi: _____ Stadu /Códigu: _____ Telefoni: _____ Fax: _____	Infurmason di Contactu di DMH: Nomi: _____ Rua: _____ Cidadi: _____ Stadu/Códigu: _____ Telefoni: _____ Fax: _____ Email: _____

<b>3. Marca Infurmason ki kre divulgadu: (<i>Marka</i> tudu ki ta aplika)</b>		
<input type="checkbox"/> Diagnostiku di saúdi mental y tratamentu dadu pa um psiquiatra; psikólogo; Infermero kliniku spesialisista di saúdi mental; konselharia di asistenti social lisensiadu; tudu otus provedoris di saúdi mental lisensiadu.		
<input type="checkbox"/> Fixeru interu di saúdi mental, <i>exseptu Notas di Psikoteria ki ta rekeri un otu autorizason</i>		
<input type="checkbox"/> Fixeru interu (médiku y saúdi mental)	<input type="checkbox"/> ISPs y IAPs	<input type="checkbox"/> Planu di tratamentu
<input type="checkbox"/> Resumi di alta	<input type="checkbox"/> Exami Neuropsikiku	<input type="checkbox"/> Resumi di transferensia
<input type="checkbox"/> Dokumentason di admison	<input type="checkbox"/> Exami fisiku	<input type="checkbox"/> Relatoriu di laboratoriu
<input type="checkbox"/> Otu (por favor spesifika) / Infurmason adisional: _____		

<b>4. Datas di Infurmason ki kre divulgadu: (Screbi data spesifiku)</b>
Datas di Infurmason rekerida: Di: _____ Até: _____

Commonwealth of Massachusetts  
Department of Mental Health  
**Autorizason pa divulgason di infurmason**  
**Di/pa**

Nomi di Pacienti/Rikerenti: \_\_\_\_\_

**5. Favor skrebi bus Inisialis pa indika ki nho ta da autorizason pa divulga infurmason siguinti kasu sta na fixero: (skrebi inisialis na tudu ki ta aplika)**

**Skrebi bus Inisialis:** \_\_\_\_\_ Resultadus di testi di VIH (Autorizason ê neserariu pa kada pididu di divulgason.)

**Skrebi bus Inisialis:** \_\_\_\_\_ Fixeru di abusu di alcol y droga protejido pa leis federal di confidencialidadi 42 CFR Part 2 Leis federal ta proibi kualker divulgason adisional dess infurmason a menus ki divulgason ê expresamenti permitidu pa um autorizason por scritu di pesoa di kual el ta pertensi ô si for permitidu pa 42 CFR Part 2.

**6. Propósito di Divulgason: (tem ki marca um)**

Usu pesoal     Pa kordina kuidadu     Enkaminhamentu     Facilita pagamentu

Obtén benifisios di seguransa di saudi, finansero ô otus

Otu propósito (por favor spesifika): \_\_\_\_\_

M' ta entendi ki:

- M'tem direitu di revoga ess autorizason en kualker momentu.
- Si m'revoga ess autorizason, m'tem ki fazel por scritu y mandal pa DMH na enderesu di DMH identifikadu acima ô ba na skritorio di DMH na nha zona. (skritorio di DMH na bo area sta disponivel na [www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory](http://www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory); txoma 1-800-221-0053; ô manda email pa [dmhinfo@MassMail.State.MA.US](mailto:dmhinfo@MassMail.State.MA.US).)
- Revogason ka ta aplica a Infurmason ki dja foi divulgado por meio des autorizason.
- Revogason ka ta aplica a nha seguradora di saudi ora ki lei ta dal direitu di contesta um reclamason conforme nha apólice di seguro ta manda.
- Dipos ki kel Infurmason asima for divulgado, kel recipienti podi divulgá otu vez y kel Infurmason podi ka ser protejido pa leis di privacidad y regulamentus estadual ô federal.
- Autorizason pa divulga Infurmason identificadu asima ê voluntáriu.
- M'ka mesti asina ess formuláriu pa resebi tratamentu ô sirvisus di DMH y/ô di otu pesoa, centru ô ajência indikadu; entretanto, falta di abilidadi di kompartilha ô obtên Infurmason podi impidi DMH, y/ô otu pesoa, centru ô ajência indikadu, di ofresem' kuidadu neserario y apropiadu.

Es autorizason ta termina prazo (spesifika data, periodo di tempo ô event) \_\_\_\_\_ ô, si ka for spesifikadu, el ta termina prazo um anu dipôs di data ki foi asinado

**7. Sinatura / Autorizason: Sina y da Infurmason ki for neserario li di baxo.**

X \_\_\_\_\_  
Bu sinatura ô sinatura di representanti pesoal \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Skrebi Nomi di signatário \_\_\_\_\_

**Infurmason siguinti ê neserario si for asinado pa um representanti pesoal:**

Tipu di autoridadi (e.g., indikadu pa tribunal, pai/mãe ki teni kustódia): \_\_\_\_\_