

Commonwealth of Massachusetts  
 Department of Mental Health  
**Autorização para Divulgação de Informação**  
**Bidirecional**

<b>1. Paciente/Informação do Requerente</b>	
Nome: _____	Outros Nomes: _____
Rua: _____	APT.Nº: _____
Cidade/Município: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Social Security Nº: _____	Data de Nascimento: _____
Telefone : _____	

<b>2. Autorização para Divulgação:</b> 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, serviço ambulatorial, programa residencial, outro) Nome: _____ A/C de: _____ Rua: _____ Cidade/Município: _____ Estado/Código Postal: _____ Telefone: _____ Fax: _____	Informação de Contato do DMH : Nome: _____ Rua: _____ Cidade/Município: _____ Estado/Código Postal: _____ Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

<b>3. Marque para indicar a informação que você quer compartilhar: (marque todos que se aplicarem)</b>		
<input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> Prontuário Completo de Saúde Mental, <i>excluindo as Notas de Psicoterapia que requerem uma autorização separada</i>		
<input type="checkbox"/> Prontuário Completo (Médico e de Saúde Mental)	<input type="checkbox"/> ISPs e IAPs	<input type="checkbox"/> Planos de Tratamento
<input type="checkbox"/> Resumo de Alta Hospitalar	<input type="checkbox"/> Teste Neuropsiquiátrico	<input type="checkbox"/> Resumo de Transferência
<input type="checkbox"/> Documentação de Admissão	<input type="checkbox"/> Exame Físico	<input type="checkbox"/> Resultados de Exames de Lab.
<input type="checkbox"/> Outros (favor especificar) / informação adicional: _____ _____		

<b>4. Datas das informações que você quer compartilhar: (Especificar as datas)</b>
Datas da Informação Requisitada: De: _____ Até: _____

Commonwealth of Massachusetts  
Department of Mental Health  
**Autorização para Divulgação de Informação**  
**Bidirecional**

Paciente/ Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

**5. Favor colocar suas *iniciais* para dar permissão para a liberação da seguinte informação, caso esteja presente em seu prontuário: (*inicialize todos que se aplicarem*)**

**Iniciais Aqui:** \_\_\_\_\_ Testes de resultados de HIV (Exige-se a autorização para cada divulgação solicitada.)

**Iniciais Aqui:** \_\_\_\_\_ Registros de Abuso de Álcool e Drogas Protegidos pelas leis federais 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 a quem pertence a informação, ou tal como permitido pelo 42 CFR parte 2.

**6. Propósito da Divulgação: (deve selecionar um)**

- Uso Pessoal     Coordenar cuidados     Encaminhamento     Facilitar a fatura  
 Obtenção de benefícios de seguro, financeiro ou outros  
 Outros fins (favor especificar): \_\_\_\_\_

Eu entendo que:

- Eu tenho o direito de revogar esta autorização 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](http://www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory); ligue para 1-800-221-0053; ou por e-mail [dmhinfo@MassMail.State.MA.US](mailto: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 a data, período de tempo ou um evento) \_\_\_\_\_  
ou, se nada houver sido especificado ela vencerá um ano após a data da assinatura.

**7. 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 repres. pessoal:**

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