

Commonwealth of Massachusetts
 Department of Mental Health
**Autorizason pa Divulgason di
 Infurmason di Psikoterapia**
Di/pa

1. Infurmason di Pacienti/Rikerenti	
Nomi: _____	Otus Nomis: _____
Rua: _____	APT.#: _____
Cidadi: _____	Stadu: _____ Códigu: _____
Seguransa social #: _____	Data di nascimentu: _____
Telefoni: _____	

2. Autorizason di Divulgason: M'ta autoriza Dipartamentu di Saúdi (DMH) recebi y divulga Infurmason di Psikoterapia , di ô pa Pessoa, Ajênsia ô Centru nomeadu abaixo, verbalmenti ô por skritu.	
Pessoa, 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: _____

3. Datas di Infurmason di Psikoterapia ki kre divulgadu: (Skrebi data spesifiku)
Datas di Infurmason rekerida: Di: _____ Até: _____

4. Propósito di Divulgason: (Tem ki marka um)
<input type="checkbox"/> Usu pesoal <input type="checkbox"/> Pa kordina kuidadu <input type="checkbox"/> Referral <input type="checkbox"/> Facilita pagamentu <input type="checkbox"/> Obtén benifisios di seguransa di saudi, finansero ô otus <input type="checkbox"/> 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; txoma 1-800-221-0053; ô manda email pa 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 saúdi ora ki lei ta dal direitu di contesta um reclamason conforme nha apólice di seguro ta manda.

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
**Autorizason pa Divulgason di
Infurmason di Psikoterapia**
Di/pa

Nomi di Pacienti/Rikerenti: _____

M' ta entendi ki:

- Dupos ki kel Infurmason asima for divulgado, kel recipienti podi divulgá otu vez y kel Infurmason podi ka ser protejido pa leis di privacidade 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 ajênsia indikadu, di ofresem' kuidadu nesesario y apropiadu.

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

5. Sinatura / Autorizason: Sina y da Infurmason ki for nesesario li di baxo.

X _____
Bu sinatura ô sinatura di representanti pesoal _____ Data _____

Skrebi Nomi di signatário

Infurmason siguinti ê nesesario si for asinado pa um representanti pesoal:

Tipu di autoridadi (e.g., indikado pa tribunal, pai/mãe ki teni kustódia): _____