

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
**Autorização para a Divulgação de
Notas de Psicoterapia
Bidirecional**

1. Paciente/Informação do Requerente

Nome: _____ Outros Nomes: _____
Rua: _____ APT. N°: _____
Cidade/Município: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Social Security N°: _____ Data de Nascimento: _____
Telefone : _____

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

Pessoa, Agência ou Instalação (por exemplo, nome e endereço do 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: _____

3. Datas das notas de psicoterapia que você quer compartilhar: (Especificar datas)

Datas da Informação Solicitada: De: _____ Até: _____

4. Propósito da Divulgação: (deve selecionar um)

- Uso Pessoal Coordenar cuidados Encaminhamento Facilitar faturamento
 Obtenção de benefícios de seguro, financeiro ou outro
 Outro propósito (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 acima 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.

Commonwealth of Massachusetts
Department of Mental Health
**Autorização para a Divulgação de
Notas de Psicoterapia
Bidirecional**

Paciente/Nome do Requerente: _____

Eu entendo que:

- Uma vez que a informação acima seja divulgada, o recebedor 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, hora, período de tempo ou um evento)
_____ ou, se nada houver sido especificado ela vencerá um ano após a data da
assinatura.

5. 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): _____