

**Departamento de Saúde Pública de Massachusetts**  
**Autorização para liberação de informação**  
**Autorização para divulgar informação**

Caso queira que \_\_\_\_\_ divulgue informação a seu respeito para uma pessoa ou  
(preencha o nome da pessoa ou organização)  
organização, preencha as seções a seguir (Seções I–VI). Assim saberemos qual informação gostaria de divulgar e a quem deve ser divulgada. Se deixar alguma seção em branco, exceto pela Seção II (B), sua autorização não será válida e não poderemos divulgar suas informações para a(s) pessoa(s) ou organização mencionadas neste termo.

**SEÇÃO I**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo \_\_\_\_\_  
(escreva seu nome em letra de forma) (preencha o nome da pessoa ou organização)  
a divulgar informação a meu respeito, relacionada na Seção II, para a(s) pessoa(s) ou organização mencionadas na Seção V.

**SEÇÃO II**

**A. Dados pessoais e de saúde**

Descreva a informação que gostaria que \_\_\_\_\_ divulgue a seu respeito.  
(preencha o nome da pessoa ou organização)

Inclua datas e pormenores que quer divulgar.

---

---

---

---

**B. Autorização para informações específicas de saúde. Marque suas iniciais na linha apenas se optar por divulgar as seguintes informações:**

\_\_\_\_ Conforme exigido pela lei M.G.L. c. 111, § 70F, dou minha autorização específica para divulgar informação do meu prontuário relativa a testes de antígenos e anticorpos de HIV e diagnóstico ou tratamento de HIV/aids.

\_\_\_\_ Conforme exigido pela lei M.G.L. c. 111, §70G, dou minha autorização específica para divulgar informação do meu prontuário relativa a dados genéticos.

\_\_\_\_ Dou minha autorização específica para divulgar informação do meu prontuário relativa a tratamento de dependência de álcool e drogas. Se estas informações forem divulgadas, entendo que será incluído um aviso específico, conforme exigido pelas 42 CFR, Parte 2, proibindo divulgar novamente tais informações sigilosas.

**SEÇÃO III – Motivo para divulgar a Informação**

Descreva o(s) motivo(s) para divulgar esta informação. Se não quiser relacionar os motivos, basta escrever: “a meu pedido” se é você quem está dando entrada no pedido.

---

---

---

**SEÇÃO IV – Quem pode divulgar a informação**

Autorizo a pessoa ou organização relacionada abaixo a divulgar as informações relacionadas na Seção II:

Nome

Organização

Endereço

**Departamento de Saúde Pública de Massachusetts**  
**Autorização para liberação de informação**

**SEÇÃO V – Quem pode receber a informação a meu respeito**

A(s) pessoa(s) ou organização mencionadas na Seção IV pode divulgar as informações relacionadas na Seção II para a(s) seguinte(s) pessoa(s) ou organização:

Nome \_\_\_\_\_

Organização \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Entendo que a(s) pessoa(s) ou organização mencionadas nesta seção podem não estar sujeitas às leis federais ou estaduais de privacidade e pode(m) vir a divulgar a informação recebida a terceiros.

**SEÇÃO VI – Vigência desta autorização**

Esta autorização para divulgar informação a meu respeito é válida até \_\_\_\_\_.  
(indique a data ou a circunstância)

Se não indicar uma data ou circunstância, esta autorização será válida por um ano a partir da data de assinatura.

- Entendo que posso mudar de ideia e anular esta autorização em qualquer momento. Para tal, preciso escrever uma carta para \_\_\_\_\_, e enviá-la ou entregá-la no local em que agora dou \_\_\_\_\_  
(preencha o nome da pessoa ou organização)  
esta autorização (ou indique um local específico). Se a informação já tiver sido divulgada, entendo que será tarde para mudar de ideia e anular esta autorização.
- Entendo que não tenho de dar autorização para divulgar informação a meu respeito para a(s) pessoa(s) ou organização mencionadas na Seção V.
- Entendo que se decidir não dar esta autorização ou anulá-la, continuo a ter direito a receber tratamento ou benefícios cabíveis, contanto que esta informação não seja necessária para determinar o meu direito aos serviços ou para pagar pelos serviços prestados.

**SEÇÃO V – Assinatura**

**Assine o termo, coloque a data e escreva o seu nome em letra de forma.**

\_\_\_\_\_  
Sua assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Escreva o seu nome em letra de forma

**Caso este termo seja preenchido por outra pessoa com autoridade legal para agir em seu nome (p.e., pai ou mãe de criança menor de idade, tutor indicado pela justiça ou testamenteiro, pai ou mãe com a guarda da criança ou um agente de saúde):**

**Escreva em letra de forma o nome da pessoa responsável pelo preenchimento do termo** \_\_\_\_\_

**Assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento do termo:** \_\_\_\_\_

**Indique como esta pessoa tem autoridade legal para o indivíduo:** \_\_\_\_\_