ESTADO DE RHODE ISLAND E PROVIDENCE PLANTATIONS, DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMPORTAMENTAL, DEFICIÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO E HOSPITAIS

AUTORIZAÇÃO PARA REVELAÇÃO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

1. Eu, _____ **Data de nascença** _____

(Escreva com letra de imprensa o primeiro e último nome e a data de nascença do indivíduo cujas informações se solicitam)

2. Com a presente autorizo que as seguintes informações sejam reveladas: (marque todas as que são aplicáveis)

☐ Ordens do médico ☐ Serviços sociais/histórico ☐ Formulários de continuidade de cuidados ☐ Relatórios de terapia_____
☐ Notas de progresso do médico ☐ Relatórios de laboratório ☐ Plano de cuidados de saúde ☐ Registos financeiros/facturação
☐ Resumo de alta ☐ Histórico e físico ☐ Escola/Edu. Registos ☐ Registos psicológicos/cognitivos
☐ Notas de enfermeiros ☐ Relatórios de consultas ☐ Registos vocacionais

☐ Outros (especifique) _____

3. Na medida do aplicável, entendo que o meu registo pode conter informações consideradas sensíveis segundo a lei. As minhas marcas feitas abaixo indicam que eu <u>NÃO</u> permito que informações deste tipo, se existirem, sejam reveladas.

☐ Abuso/dependência/diagnóstico/tratamento/encaminhamento de álcool e/ou drogas *
☐ Resultados de testes de VIH /informações relacionadas com a SIDA/(ARC-Complexo relacionado com a SIDA) seu diagnóstico e/ou tratamento
☐ Diagnósticos e/ou tratamento relacionados com outras doenças transmissíveis ☐ Diagnóstico/tratamento/encaminhamento/Saúde Mental

* Estas informações foram-lhe reveladas a si a partir de registos protegidos pelas regras de confidencialidade federais (42 C.F.R. Parte 2). As regras federais proíbem que faça mais revelações destas informações a menos que mais revelações sejam expressamente permitidas por consentimento escrito da pessoa a quem pertencem ou se de outra forma forem permitidas pela 42 C.F.R. Parte 2.

4. As minhas informações deverão ser obtidas de:

_____
(Nome da organização)

_____
(Endereço)

_____
(Cidade, Estado, Zona Postal)

_____
(Nome e número de telefone do contacto)

5. As minhas informações deverão ser reveladas a:

<u>The Division of Developmental Disabilities (Divisão de Deficiências de Desenvolvimento)</u>
(Nome da organização)
<u>6 Harrington Road, Simpson Hall, 1st Floor</u>
(Endereço)
<u>Cranston, RI 02920</u>
(Cidade/Estado/Zona Postal)

_____
(Nome e número de telefone do contacto)

6. Esta autorização é para informações aplicáveis ao período de tempo especificado abaixo:

Desde: _____ Até: _____

7. <u>Para se inscrever para serviços da Division of Developmental Disabilities</u> (Divisão de Deficiências de Desenvolvimento)
(Indique o propósito específico ou a necessidade para esta revelação de informações)

8. Informações reveladas em resultado desta autorização poderão estar sujeitas a nova revelação pelo receptor e não estar já protegidas pelos regulamentos de privacidade federais. O Departamento de Saúde Mental, Atraso e Hospitais (MHRH) não poderá condicionar a prestação de tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde nem a elegibilidade para benefícios no fornecimento duma autorização. Compreendo que tenho o direito de revogar esta autorização por escrito em qualquer ocasião, e que a revogação terá efeito excepto na medida em que o Departamento de Saúde Mental, Atraso e Hospitais (MHRH) já tenha tomado acção com base na minha autorização.
Compreendo que se esta autorização não tiver sido revogada, ela vencerá dentro de seis meses após a data da minha assinatura. As minhas instruções para revogar a minha autorização deverão ser dirigidas a:

The Division of Developmental Disabilities, 6 Harrington Rd, Simpson Hall 1st fl, Cranston, RI 02920

9. Assinatura do indivíduo: _____ **Data:** _____

10. Assinatura do representante autorizado: _____ **Parentesco/relação:** _____

Nome em letra de imprensa: _____ **Data:** _____

<u>Apenas para uso do nosso gabinete:</u> Informações reveladas: Y(Sim) N(Não) Data da revelação _____
Funcionário que revela as informações: _____