Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

# Autorização
## Authorization

☐ Não estou solicitando a divulgação dos registros no momento. Anexe esta autorização ao arquivo de meu cliente.

**AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DOS REGISTROS DA DSHS DE:**

| SOBRENOME | PRENOME | NOME DO MEIO | DATA DE NASCIMENTO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| As seguintes informações podem auxiliar na localização de registros: | NOMES ANTERIORES |
|---|---|
| | |

| NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE | OUTRO NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO | DATAS DE SERVIÇO | LOCALIZAÇÃO DE SERVIÇO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**DIVULGAR A:**

| SOBRENOME | PRENOME | NOME DO MEIO | CARGO |
|---|---|---|---|
| | | | |

ORGANIZAÇÃO OU NOME COMERCIAL, CASO APLICÁVEL

| ENDEREÇO | CIDADE | ESTADO | CEP |
|---|---|---|---|
| | | | |

| NÚMERO DE TELEFONE (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA) | NÚMERO DE FAX (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA) | ENDEREÇO DE E-MAIL |
|---|---|---|
| | | |

RAZÃO PARA DIVULGAÇÃO (NÃO OBRIGATÓRIA)

**AUTORIZAÇÃO:**

FONTES: Autorizo os seguintes programas da DSHS a divulgar ou fornecer acesso a informações confidenciais minhas conforme descrito abaixo. As informações podem ser fornecidas verbalmente ou por transferência de dados por computador, e-mail, fax ou entrega manual. Selecione todas as opções aplicáveis:

Saúde Comportamental (BHA)
- ☐ Instituições Estaduais de Saúde Mental (ESH, WSH, CSTC)
- ☐ Centro de Compromisso Especial (SCC)
- ☐ Serviços de Saúde Mental Forense (OFMHS)
- ☐ Outros (por exemplo, sede, RTFs):

Serviços Econômicos (ESA)
- ☐ Serviços de Comunidade (CSD – assistência pública)
- ☐ Apoio à Criança (DCS)
- ☐ Serviços de Determinação de Deficiências (DDDS)
- ☐ Outro (por exemplo, sede):

Gabinete da Secretaria (OOS)
- ☐ Gestão de Riscos Empresariais (ERMO)
- ☐ Recursos Humanos (funcionário da DSHS)

Envelhecimento e Cuidados Continuados (ALTSA)
- ☐ Serviços Comunitários e do Lar (HCS)
- ☐ Serviços de Cuidados Residenciais (RCS)
- ☐ Serviços de Proteção ao Adulto (APS)
- ☐ Outro (por exemplo, sede):

Instalações, Finanças e Análises (FFA)
- ☐ Unidade Central de Verificação de Antecedentes (BCCU)
- ☐ Fraude e Responsabilidade (OFA)
- ☐ Licença / Folha de pagamento (funcionário da DSHS)

- ☐ Deficiências do Desenvolvimento (DDA)
- ☐ Reabilitação Vocacional (DVR)
- ☐ Outros:

☐ Todas as partes do Departamento de Serviços Sociais e de Saúde (DSHS)

REGISTROS: Autorizo os seguintes registros da DSHS a serem divulgados:
- ☐ Registros mantidos por partes da DSHS marcadas acima
- ☐ Registros na lista anexa
- ☐ Apenas os registros a seguir:

**OBSERVAÇÃO: Se os registros confidenciais ou de seu cliente incluírem alguma das informações a seguir, você também deve preencher a seção abaixo para autorizar a divulgação desses registros.**

REGISTROS ESPECIAIS: Forneço minha permissão para divulgar os seguintes registros da DSHS (marque todos aplicáveis):
- ☐ Resultados de testes de HIV/AIDS e DST, registros de diagnóstico ou tratamento (RCW 70.02.220).
- ☐ Registros de saúde mental (RCW 70.02.230 ou 240)
- ☐ Registros de transtorno por uso de substâncias (42 CFR Parte 2)

- A permissão é válida por 180 dias ou ☐ até _____ (data ou evento, se não for selecionado, serão 180 dias).
- Posso revogar ou cancelar minha permissão por escrito a qualquer momento, mas isso não afetará informações já elaboradas.
- Compreendo que meus registros podem não estar mais protegidos pelas leis aplicáveis à DSHS após serem elaborados.
- Uma cópia desse formulário é válida para dar minha permissão para o compartilhamento de registros. A DSHS pode cobrar pelo fornecimento de cópias de seus registros.

| AUTORIZADO POR (ASSINATURA) | DATA DE ASSINATURA | NÚMERO DE TELEFONE (CÓDIGO DE ÁREA) |
|---|---|---|
| | | |

| NOME IMPRESSO | TESTEMUNHA/NOTÁRIO (ASSINATURA E NOME IMPRESSO, SE APLICÁVEL) |
|---|---|
| | |

Se eu não sou sujeito dos registros, estou autorizado a assiná-los porque sou: (anexe comprovante de autoridade)
☐ Familiar do menor ☐ Guardião legal ☐ Representante pessoal ☐ Outro:

**Aviso para aqueles que recebem informações: Se estes registros contêm informações sobre HIV, DSTs ou abuso de drogas ou álcool, você não pode divulgar essas informações sob leis estaduais e federais sem permissão específica do indivíduo e sem atender requisitos jurídicos específicos.**

## INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO

**Finalidade:** Você deve utilizar este formulário quando quiser que a DSHS possa divulgar informações confidenciais sobre você para outro indivíduo (incluindo um advogado, legislador ou um parente). Você pode fornecer permissão para divulgar todos os registros confidenciais que a DSHS possui sobre você ou você pode limitar sua permissão aos registros específicos ou partes da agência. Este formulário também permitirá que a DSHS discuta sua situação verbalmente com o indivíduo que você autorizar.

**Aviso aos clientes**: A maioria das informações do cliente que a DSHS possui é confidencial e não será divulgada para outros, exceto caso você forneça permissão ou caso a divulgação seja permitida por lei. Após a DSHS divulgar suas informações confidenciais, observe que o destinatário pode não proteger seus registros sob as mesmas leis aplicáveis à DSHS. A DSHS não pode lhe recusar os benefícios se você não assinar este formulário para permitir divulgações para a DSHS, exceto caso sua autorização seja necessária para determinar a elegibilidade. Para informações sobre como os componentes de cuidados de saúde da DSHS abrangidos pela HIPAA compartilham informações de saúde protegidas e seus direitos de privacidade, consulte o Aviso da DSHS sobre Práticas de Privacidade em www.dshs.wa.gov ou pergunte ao indivíduo que lhe entregou este formulário. Você pode receber uma cópia deste formulário.

**Uso:** você pode preencher este formulário eletrônica ou manualmente. Use a tecla Tab em um computador para alternar entre os campos. **Um formulário separado deve ser preenchido para cada indivíduo cujos registros sejam solicitados, incluindo crianças.** O termo "você" refere-se ao indivíduo dos registros.

**Partes do formulário:**

IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO DOS REGISTROS:

- Nome: Forneça seu nome completo ou o nome do indivíduo cujos registros são solicitados caso você esteja atuando em nome de outra pessoa.
- Data de nascimento: Inclua essas informações necessárias para identificar você em relação a pessoas com nomes similares.

INFORMAÇÕES OPCIONAIS para ajudar a localizar registros:

- Nomes anteriores: Inclua quaisquer outros nomes que foram usados ao receber benefícios ou serviços.
- Número de identificação do cliente: Forneça qualquer número que a DSHS possa ter designado.
- Outro número de identificação: Inclua um número de segurança social ou outro identificador que possa ajudar a localizar registros da DSHS. Forneça um número de segurança social somente se for necessário.
- Data e localização de serviços: Forneça essa informação para ajudar a DSHS a identificar e localizar os registros que você deseja que sejam divulgados.

INDIVÍDUO QUE RECEBERÁ OS REGISTROS:

- Identificação: Preencha essa seção o máximo possível para que possamos entrar em contato com o indivíduo ou organização que terão acesso às suas informações confidenciais.
- Razão para divulgação: Essas informações são necessárias antes que a DSHS possa compartilhar registros de saúde mental ou álcool e drogas. Se você não preencher este campo, a DSHS anotará a razão para divulgação como sendo por sua solicitação.

AUTORIZAÇÃO:

- Partes da DSHS: Marque as partes da DSHS que você deseja que divulguem registros ou marque a caixa inferior nesta seção caso você queira fornecer acesso a quaisquer registros que a DSHS possui sobre você. Escreva o nome do programa no campo "Outros" da lista.
- Informações divulgadas: Indique quais registros você deseja que sejam divulgados. Você pode divulgar todos ou parte de seus registros de clientes ou outros registros confidenciais da DSHS. Você também pode limitar a divulgação para registros de clientes mantidos apenas por partes da agência marcadas na seção acima ou para registros específicos listados neste formulário ou em um anexo assinado. Se há limitações sobre quais registros você deseja que sejam divulgados, liste registros específicos ou descreva os limites, como por data de serviços ou tipo de registro.
- Registros restritos: Se algum dos registros incluir informações sobre tratamento ou testes de HIV/AIDS ou DSTs, tratamento de saúde mental ou serviços relacionados ao transtorno de uso de substâncias, por favor, marque cada item para autorizar a divulgação desses registros pela DSHS. Para autorizar a divulgação das notas de psicoterapia (conforme o 45 CFR 164.508(b)(3)(ii)), utilize o Formulário de Autorização para Psicoterapia DSHS 17-270.
- Validade: Este formulário é válido para fornecer acesso a informações atualmente mantidas pela DSHS. Sua permissão expira 180 dias após a assinatura ou em qualquer outra data ou evento fornecido por você. Se você não fornecer uma data, a autorização será válida por 180 dias. Você pode revogar a autoridade para liberar registros por escrito a qualquer momento, mas será muito tarde para recuperar as informações já elaboradas.
- Custo: Os registros públicos atuam no RCW 42.56.120 e WAC 388-01-080 permitem que a DSHS cobre por cópias de registros, além dos custos de envio. Hospitais estaduais e instalações de tratamento de saúde podem cobrar por registros de pacientes, de acordo com o capítulo 70.02 RCW.

ASSINATURAS:

- Se você é o indivíduo destes registros, assine e imprima ou digite seu nome abaixo. Insira aqui a data na qual você assinou e seu telefone ou número de contato.
- Se você está assinando em nome de outra pessoa, indique a razão pela qual você pode fazer isso na última linha e anexe uma cópia da ordem judicial ou outro documento lhe concedendo autoridade legal. Crianças também devem assinar para fornecer permissão para divulgação de seus próprios registros confidenciais caso sejam maiores de idade de consentimento (13 anos para serviços de álcool e drogas e saúde mental; 14 para informações sobre HIV/AIDS ou outras DSTs; qualquer idade para controle de natalidade e abortos; 18 para registros de saúde ou outros).
- Testemunha ou notário: Uma testemunha ou notário podem ser necessários para verificar sua identidade caso você não envie este formulário pessoalmente ou caso um programa solicite verificação. Este indivíduo deve assinar e imprimir seu nome.

AVISO À DSHS: Caso estes registros contenham informações sobre HIV ou DST, a DSHS deve notificar os destinatários que as informações são confidenciais e que eles não podem divulgar os registros sem uma autorização específica conforme necessário pela RCW 70.02.300. Se a DSHS enviar cópias de registros com referentes a serviços de transtorno de uso de substâncias mediante esta autorização, a DSHS deve incluir a seguinte declaração ao divulgar informações, conforme exigido pela 42 CFR 2.32:

> Essas informações foram divulgadas para você de registros protegidos pelas leis federais de confidencialidade (42 CFR parte 2). As leis federais proíbem que você faça qualquer outra divulgação dessas informações, exceto caso expressamente permitida por consentimento escrito do indivíduo proprietário ou permitido pela 42 CFR parte 2. Uma autorização geral para a liberação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para essa finalidade. As leis federais restringem qualquer uso de informações para investigar criminalmente ou processar qualquer paciente por abuso de álcool ou drogas.