

# CONSENTIMENTO CONSENT

**AVISO AOS CLIENTES:** O Departamento de Serviços Sociais e de Saúde (DSHS) pode lhe ajudar a melhorar caso possamos trabalhar com outras agências e profissionais que conheçam você e sua família. Ao assinar esse formulário, você dá permissão para a DSHS, agências e indivíduos abaixo listados para usar e compartilhar informações confidenciais sobre você. A DSHS não pode recusar os benefícios caso você assine esse formulário, exceto caso seu consentimento seja necessário para determinar sua elegibilidade. Caso você não assine esse formulário, a DSHS ainda pode compartilhar informações sobre você até onde permitido pela lei. Caso tenha dúvidas sobre como a DSHS compartilha informações confidenciais de clientes ou seus direitos de privacidade, consulte o Aviso sobre Práticas de Privacidade da DSHS ou pergunte à pessoa que lhe entregou esse formulário.

IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE:			
NOME	DATA DE NASCIMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO:	
ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	CEP
NÚMERO DE TELEFONE (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	OUTRAS INFORMAÇÕES		

CONSENTIMENTO:	
<p>Concordo com o uso de informações confidenciais sobre mim dentro da DSHS para planejar, fornecer e coordenar serviços, tratamento, pagamentos e benefícios para mim ou para outras finalidades autorizadas pela lei. Fornece também permissão para a DSHS e as agências, provedores ou indivíduos abaixo listados para usar minhas informações confidenciais e para divulgá-las uns para os outros para essas finalidades. As informações podem ser compartilhadas verbalmente ou por transferência de dados por computador, e-mail ou entrega manual.</p> <p><u>Verifique todos os nomes abaixo incluídos nesse consentimento além da DSHS e identifique-os por nome e endereço:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Provedores de serviços de saúde: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Provedores de serviços de saúde mental: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Provedores de serviços de dependência química: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Outros provedores contratados pela DSHS: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Programas de moradia: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Distritos ou colégios escolares: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamentos Corretivos: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Segurança de Emprego e seus parceiros de emprego: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Administração de Seguridade Social ou outra agência federal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Consulte a lista anexa</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____</p>	

<p>Autorizo e concordo com compartilhar os registros e informações a seguir (marque todos aplicáveis):</p> <p><input type="checkbox"/> Todos os meus registros de cliente</p> <p><input type="checkbox"/> Registros na lista anexa</p> <p><input type="checkbox"/> Somente os registros abaixo</p>			
<input type="checkbox"/> Histórico familiar, social e de emprego	<input type="checkbox"/> Informações de serviços de saúde	<input type="checkbox"/> Planos de tratamento ou de serviços de saúde	
<input type="checkbox"/> Registros de pagamento	<input type="checkbox"/> Avaliações individuais	<input type="checkbox"/> Escola, educação e treinamento	
<input type="checkbox"/> Outros (lista): _____			

<p><b>OBSERVAÇÃO: Caso seus registros de cliente incluam quaisquer informações abaixo, você também deve completar essa seção para inclusão desses registros.</b></p> <p>Forneço minha permissão para divulgar os seguintes registros (marque todos aplicáveis):</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde mental <input type="checkbox"/> De testes, diagnóstico ou tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Serviços de dependência química (CD)</p> <p>- <b>Esse consentimento é válido por <input type="checkbox"/> um ano <input type="checkbox"/> contanto que a DSHS precise de registros ou <input type="checkbox"/> até _____ (data ou evento).</b></p> <p>- <b>Posso revogar ou cancelar esse consentimento a qualquer hora por escrito, mas isso não afetará quaisquer informações já compartilhadas.</b></p> <p>- <b>Compreendo que os registros compartilhados sob esse consentimento não podem ser protegidos sob as leis aplicáveis à DSHS.</b></p> <p>- <b>Uma cópia desse formulário é válida para dar minha permissão para o compartilhamento de registros.</b></p>			
--	--	--	--

ASSINATURA	DATA	ASSINATURA DE TESTEMUNHA/CONTATO DA AGÊNCIA	DATA
ASSINATURA DE PAI/MÃE OU OUTROS REPRESENTANTES (SE APLICÁVEL)	NÚMERO DE TELEFONE (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)		DATA

<p>Se eu não sou sujeito dos registros, estou autorizado a assiná-los porque sou: (anexe prova de autoridade)</p> <p><input type="checkbox"/> Pai/mãe <input type="checkbox"/> Tutor legal (anexe o mandado judicial) <input type="checkbox"/> Representante pessoal <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>			
---	--	--	--

**AVISO AOS DESTINATÁRIOS DAS INFORMAÇÕES:** Caso esses registros contenham informações sobre HIV, doenças sexualmente transmissíveis ou AIDS, não é autorizado divulgar essas informações sem permissão específica do cliente. Caso você tenha recebido informações relacionadas a **abuso de drogas ou álcool** por parte do cliente, você deve incluir a seguinte declaração ao divulgar mais informações conforme necessário pela 42 CFR 2.32:

Essas informações foram divulgadas para você a partir 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 de abuso de álcool ou drogas.

## INSTRUÇÕES PARA CONCLUSÃO DO FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

**Finalidade:** Utilize esse formulário quando precisa de consentimento para usar informações confidenciais continuamente sobre um cliente dentro da DSHS ou para divulgar essas informações para outras agências para coordenar serviços ou para tratamento, pagamento ou operações de agência ou ainda para outras finalidades reconhecidas pela lei. Clientes são pessoas que recebem benefícios ou serviços da DSHS.

**Uso:** Preencha esse formulário eletronicamente, se possível, para facilitar a leitura. **Um formulário separado deve ser concluído para cada pessoa, incluindo crianças.** O termo "você" nas instruções se refere ao funcionário da DSHS e "você" no formulário se refere ao cliente. compartilhamento de registros inclui o uso e divulgação de informações confidenciais sobre um cliente.

### Partes do formulário:

#### IDENTIFICAÇÃO:

- **Nome:** Forneça o nome de um cliente apenas em cada formulário. Inclua quaisquer nomes anteriores que o cliente pode ter usado ao receber os serviços.
- **Data de nascimento:** É necessário identificar o cliente entre pessoas com nomes similares.
- **Número de identificação:** Forneça um número de identificação de cliente ou outro identificador, como número de segurança social (não necessário) para auxiliar a identificar registros e acompanhar o histórico e serviços recebidos.
- **Endereço e telefone:** Informações adicionais que lhe ajudarão a localizar e identificar ou entrar em contato com o cliente.
- **Outros:** Inclua nessa caixa quaisquer informações adicionais que possam ajudar a localizar registros que possam incluir partes da DSHS envolvidas com serviços, nomes de membros familiares ou outras informações relevantes.

#### CONSENTIMENTO (AUTORIZAÇÃO):

- **Agências ou pessoas trocando registros:** A conclusão desse formulário por parte do cliente permite o uso e compartilhamento de informações confidenciais dentro do DSHS. O DSHS será capaz de divulgar e receber informações confidenciais de agências externas ou pessoas listadas. Fornecer informações de identificação sobre as agências ou provedores, incluindo nome, endereço ou localização, se possível. Você também pode anexar uma lista de agências autorizadas a compartilhar informações, a qual o cliente também deve assinar.
- **Informações incluídas:** Os clientes devem indicar quais registros são incluídos pelo consentimento. Os clientes podem disponibilizar todos os registros ou limitar os registros incluídos por data, tipo ou fonte de registro. Caso um cliente não assine um consentimento ou não especifique um registro em especial, o compartilhamento do registro ainda será permitido pela lei. Você pode anexar uma lista de registros cobertos que o cliente também deve assinar. Caso quaisquer registros incluam informações relacionadas a saúde mental (RCW 71.05.620), testes ou tratamento de HIV/AIDS ou DSTs (RCW 70.02.220) ou serviços de álcool e drogas (42 CFR 2.31(a)(5)), o cliente deve marcar essas áreas especificamente para dar permissão para compartilhar esses registros. Esse formulário não é válido para inclusão de observações de psicoterapia sob a lei 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) e um formulário separado deve ser preenchido para inclusão desses registros.
- **Duração:** Inclua uma data de validade para o consentimento que atende às finalidades de seu programa ou conforme fornecido pela lei.
- **Compreensão:** Certifique-se de que o cliente compreenda qual permissão é fornecida e como e por que essas informações serão compartilhadas. Se necessário, use um formulário traduzido e um intérprete ou leia o formulário em voz alta. Se o cliente precisar de mais informações, forneça uma cópia adicional do Aviso de Práticas de Privacidade da DSHS ou consulte o cliente para o diretor de divulgação pública de sua unidade

#### ASSINATURAS:

- **Cliente:** Caso o cliente ou uma criança com idade de consentimento (13 anos para serviços de saúde mental, droga e álcool; 14 para HIV/AIDS e outras DSTs; qualquer idade para controle de nascimento e abortos; 18 anos para cuidados de saúde e outros registros), assine essa caixa e insira a data da assinatura. O cliente pode substituir uma marca nessa caixa que você testemunhe.
- **Contato de agência ou testemunha:** Você assinará essa caixa caso esteja apresentando e explicando o formulário para o cliente. Inclua seu número telefônico. Caso o cliente assine o formulário fora do local comercial, oriente-o a obter a assinatura da testemunha nesse bloco e a fornecer o número de telefone. Um notário público pode atuar como testemunha para uma assinatura de cliente.
- **Pais ou outro representante:** Caso o cliente seja uma criança abaixo da idade de consentimento, um dos pais ou tutor devem assinar. Caso a criança não atenda a idade de consentimento para que todos os registros sejam compartilhados, ela e o pai devem assinar. Caso o cliente tenha sido declarado juridicamente incompetente, o tutor indicado pelo tribunal deve assinar e fornecer uma cópia do mandado de designação. Caso alguém esteja assinando em outra capacidade (incluindo uma pessoa com papel de advogado ou representante do estado), marque "outros" e obtenha uma cópia da autoridade jurídica para agir. O indivíduo que assinar deve datar sua assinatura e fornecer um número telefônico ou informações de contato.