

Identificação da/do cliente			
NOME	DATA DE NASCIMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO	
ENDEREÇO	CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELEFONE (COM INDICATIVO INCLUÍDO)		OUTRAS INFORMAÇÕES	



Consentimento

Aviso a clientes: O Department of Social and Health Services (Departamento de Serviços Sociais e de Saúde, DSHS) pode ajudá-la/o melhor se nos for possível trabalhar com outras agências e profissionais que o conhecem a si e à sua família. Ao assinar o presente formulário, está a dar permissão ao DSHS e às agências e pessoas listadas abaixo para utilizar e partilhar informações confidenciais sobre si. O DSHS não pode recusar-lhe benefícios se não assinar o presente formulário, a não ser que o seu consentimento seja necessário para determinar a sua elegibilidade. Mesmo que não assine o presente formulário, o DSHS poderá, ainda assim, partilhar informações sobre si na medida do permitido por lei. Caso tenha alguma dúvida sobre a forma como o DSHS partilha informações confidenciais dos e das clientes ou sobre os seus direitos de privacidade, consulte o Notice of Privacy Practices (Aviso de Práticas de Privacidade) do DSHS ou pergunte à pessoa que lhe está a entregar este formulário.

Consentimento

1. Autorizo a utilização de informações confidenciais sobre mim no DSHS para planear, prestar e coordenar serviços, tratamento, pagamentos e benefícios a mim dirigidos ou para outros fins autorizados por lei. Também autorizo o DSHS e as agências, prestadores de serviços ou pessoas listadas abaixo a utilizar as minhas informações confidenciais e a divulgá-las entre si para estes fins. As informações podem ser partilhadas verbal ou eletronicamente, por correio ou entrega em mão.

Motivo da divulgação: esta informação é necessária para que o DSHS possa partilhar registos sobre drogas e álcool ou saúde mental. Caso não preencha este campo, o DSHS registará o motivo da divulgação como sendo a seu pedido.

Das opções listadas abaixo, assinale todas as que estão incluídas no presente consentimento, para além do DSHS, e identifique-as pelo nome e endereço:

- Prestadores/as de cuidados de saúde: _____
- Prestadores/as de cuidados de saúde mental: _____
- Prestadores de serviços no âmbito de substance use disorder (perturbações por uso de substâncias):

- Outros prestadores contratados pelo DSHS: _____
- Programas de habitação: _____
- Distritos escolares ou instituições de ensino superior: _____
- Departamento de Correções: _____
- Departamento de Segurança de Emprego e seus parceiros de emprego: _____
- Social Security Administration (Administração da Segurança Social)
ou outra agência federal: _____
- Ver lista em anexo
- Outra:

2. Motivo da divulgação: Continuidade dos cuidados de saúde Jurídico Pessoal Outro:

3. Autorizo e consinto a partilha dos seguintes registos e informações (assinale todas as opções aplicáveis):

- Todos os registos dos meus clientes Registos da lista em anexo
- Apenas os seguintes registos
 - Historial familiar, social e laboral
 - Planos de tratamento ou cuidados
 - Registos de pagamento
 - Avaliações individuais
 - Escola, educação e formação
 - Informações sobre cuidados de saúde mental (especifique):
 - Informações sobre cuidados de saúde (especifique):
 - Outra (indique):

Identificação da/do cliente		
NOME	DATA DE NASCIMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
<p>Nota: se os registos do seu ou da sua cliente incluírem alguma das seguintes informações, deve também preencher esta secção para incluir esses registos.</p> <p>Dou a minha autorização para divulgar os seguintes registos (assinale todas as opções aplicáveis):</p> <p><input type="checkbox"/> Saúde mental <input type="checkbox"/> Resultados de testes, diagnóstico ou tratamento de HIV/AIDS (VIH/SIDA) e STD (DST) <input type="checkbox"/> Substance Use Disorder (Perturbações por uso de substâncias)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • O presente consentimento é válido por um ano ou <input type="checkbox"/> até _____ (data do evento). • Posso revogar ou retirar este consentimento em qualquer altura, por escrito, mas isso não afetará qualquer informação já partilhada. • Compreendo que os registos partilhados ao abrigo do presente consentimento podem já não estar protegidos ao abrigo das leis que se aplicam ao DSHS. • Uma cópia do presente formulário é válida para dar a minha autorização para a partilha de registos. 		
ASSINATURA		DATA
ASSINATURA DA TESTEMUNHA/NOTÁRIO, SE APLICÁVEL	NOME LEGÍVEL DA TESTEMUNHA/NOTÁRIO	DATA
ASSINATURA DE MAE/PAI OU DE OUTRA/O REPRESENTANTE (SE APLICÁVEL)	NÚMERO DE TELEFONE (COM INDICATIVO INCLUÍDO)	DATA
<p>Se eu não for o sujeito dos registos, estou autorizada/o a assinar porque sou a/o:</p> <p><input type="checkbox"/> Mãe/Pai <input type="checkbox"/> Tutora/Tutor Legal (anexe a ordem judicial) <input type="checkbox"/> Representante pessoal <input type="checkbox"/> Outra opção:</p>		

Aviso às/aos destinatárias/os das informações: se estes registos contiverem informações sobre HIV (VIH), STD (DST) ou AIDS (SIDA), não poderá divulgar essas informações sem a autorização específica do/da cliente. Se tiver recebido informações relacionadas com o uso abusivo de álcool ou drogas por parte da/do cliente, deve incluir a seguinte declaração quando divulgar mais informações, nos termos previstos pelo número 42 CFR 2.32 (Código norte-americano de Regulamentos Federais):

Estas informações foram-lhe divulgadas a partir de registos protegidos pelas regras de confidencialidade federais (42 CFR, parte 2). As regras federais proíbem-na/o de fazer qualquer outra divulgação destas informações, a menos que a divulgação seja expressamente permitida pelo consentimento por escrito da pessoa a quem dizem respeito ou nos termos permitido pelo 42 CFR, parte 2. Uma autorização geral para a divulgação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para este efeito. As regras federais restringem qualquer utilização das informações para investigar ou processar criminalmente qualquer paciente que faça uso abusivo de álcool ou drogas.

Instruções para o preenchimento dos formulários de consentimento, DSHS 14-012

Utilização: utilize o presente formulário quando necessitar de autorização para utilizar ou partilhar informações confidenciais sobre uma/um cliente numa base contínua, sobre uma/um cliente dentro do DSHS ou para divulgar essas informações a outras agências para coordenar serviços ou para tratamento, pagamento ou operações da agência ou para outros fins reconhecidos por lei.

Se lhe for possível, preencha este formulário eletronicamente. Deve preencher **um formulário separado para cada pessoa, incluindo crianças.**

Secções do formulário:

IDENTIFICAÇÃO:

- Nome: indique o nome de apenas uma/um cliente em cada formulário. Inclua quaisquer nomes anteriores que a/o cliente possa ter utilizado ao receber os serviços.
- Data de nascimento: é necessária para distinguir a/o cliente de outras pessoas com nomes semelhantes.
- Número de identificação: indique um número de identificação da/do cliente ou outro identificador, como o social security number (número da segurança social) (não é obrigatório), para ajudar a identificar os registos e acompanhar o historial e os serviços recebidos.
- Outras informações: indique, neste campo, quaisquer informações adicionais que possam ajudar a localizar os registos, tais como o DSHS envolvido nos serviços, nomes de familiares ou outras informações relevantes.

CONSENTIMENTO (AUTORIZAÇÃO):

- Motivo da divulgação: esta informação é necessária para que o DSHS possa partilhar registos sobre drogas e álcool ou saúde mental. Caso não preencha este campo, o DSHS registará o motivo da divulgação como sendo a seu pedido.
- Agências ou pessoas que trocam registos: o preenchimento deste formulário permite: (1) a utilização e divulgação de informações confidenciais dentro do DSHS e com as agências ou pessoas indicadas; e (2) a divulgação de informações confidenciais ao DSHS pelas agências ou pessoas externas indicadas. Também pode anexar uma lista de agências autorizadas a partilhar informações, que a/o cliente também deve assinar.
- Informações incluídas: as/os clientes devem indicar quais os registos abrangidos pelo consentimento. As/os clientes podem disponibilizar todos os registos ou limitar os registos incluídos por data, tipo ou fonte de registo. Se uma/um cliente não assinar um consentimento ou não especificar um determinado registo, a partilha desse registo continuará a ser autorizada, na medida em que a lei o permitir. Pode anexar uma lista de registos abrangidos que a/o cliente também deve assinar. Se algum registo incluir informações relacionadas com saúde mental (RCW 71.05.620), testes ou tratamento de HIV/AIDS (VIH/SIDA) ou STD (DST) (RCW 70.02.220), bem como serviços relacionados com drogas e álcool (42 CFR 2.31(a)(5)), a/o cliente deve assinalar estas áreas especificamente para dar autorização de partilha destes registos. O presente formulário não é válido para incluir notas de psicoterapia ao abrigo do 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); para se incluírem esse registos, deve ser preenchido um formulário separado.
- Duração: deverá incluir-se uma data de validade para o consentimento, se for diferente de um ano. O consentimento perderá a validade dentro de um ano, a menos que indique uma data diferente.
- Compreensão: certifique-se de que a/o cliente compreende a autorização que está a ser concedida e como e porque é que a informação será partilhada. Se necessário, utilize um formulário traduzido e uma/um intérprete ou leia o formulário em voz alta. Se a/o cliente precisar de mais informações, faculte uma cópia adicional do Notice of Privacy Practices (Aviso de Práticas de Privacidade) do DSHS ou encaminhe a/o cliente para a/o responsável pela divulgação pública da sua unidade.

ASSINATURAS:

- Cliente: a/o cliente ou uma criança maior de idade (13 anos para serviços de saúde mental e de drogas e álcool; 14 anos para HIV/AIDS (VIH/SIDA) e outras STD (DST); qualquer idade para controlo de natalidade e abortos; 18 anos para cuidados de saúde e outros registos) assina este campo e insere a data da assinatura. A/o cliente pode substituir a sua assinatura por uma marca neste campo, tendo esta que ser testemunhada por si.
- Testemunha ou notário: poderá ser necessária uma testemunha ou notário para verificar a identidade da/do cliente se esta/este não entregue o presente formulário presencialmente ou se um programa solicitar a sua verificação. Esta pessoa deve assinar e escrever o seu nome em letra legível.
- Mãe/Pai ou outra/o representante legal: se a/o cliente for uma criança com idade inferior à do consentimento, a mãe, o pai ou uma/um tutora/tutor deve assinar. Se a criança não atingir a idade de consentimento para que todos os registos sejam partilhados, tanto a criança como a mãe, o pai ou a/o tutora/tutor legal devem assinar. Se a/o cliente tiver sido declarada/o legalmente incompetente, a/o tutora/tutor nomeada/o pelo tribunal deve assinar e facultar uma cópia da ordem de nomeação. Se alguém estiver a assinar noutra qualidade (tal como uma pessoa com uma procuração ou uma/um representante do património), assinale "outra opção" e obtenha uma cópia da autorização legal para agir. A pessoa que assina deve colocar uma data em conjunto com a assinatura e indicar um número de telefone ou informações de contacto.