

Consentimento

Consent

AVISO AOS CLIENTES: O Departamento de Serviços Sociais e de Saúde (DSHS) pode ajudar você melhor ao trabalharmos com outras agências e profissionais que conheçam você e sua família. Ao assinar esse formulário, você fornece autorização ao DSHS, as agências e os indivíduos abaixo listados para usar e compartilhar informações confidenciais sobre você. O DSHS não pode recusar os benefícios caso você não assine esse formulário, a menos que seu consentimento seja necessário para determinar sua elegibilidade. Caso não assine esse formulário, o DSHS ainda assim pode compartilhar informações sobre você até o limite permitido pela lei. Caso tenha dúvidas sobre como o DSHS compartilha informações confidenciais de clientes ou seus direitos de privacidade, consulte o Aviso sobre Práticas de Privacidade do 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:

Concordo com o uso de informações confidenciais sobre mim dentro do DSHS para planejar, fornecer e coordenar serviços, tratamento, pagamentos e benefícios para mim ou para outras finalidades autorizadas pela lei. Além disso, também forneço permissão ao DSHS e às agências, aos provedores ou indivíduos abaixo listados 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.

Verifique todos os nomes abaixo incluídos nesse consentimento além do DSHS e identifique-os com nome e endereço:

- Provedores de serviços de saúde: _____
- Provedores de serviços de saúde mental: _____
- Prestadores de serviços de gestão do consumo de substâncias: _____
- Outros provedores contratados pelo DSHS: _____
- Programas de moradia: _____
- Distritos ou colégios escolares: _____
- Departamentos de Correção: _____
- Departamento de segurança de emprego e seus parceiros de emprego: _____
- Administração de previdência social ou outra agência federal: _____
- Consulte a lista anexa
- Outro: _____

Autorizo e concordo em compartilhar os registros e as informações a seguir (marque todas as opções aplicáveis):

- Todos os meus registros de cliente Registros na lista anexa
- Somente os registros a seguir
 - Histórico familiar, social e empregatício
 - Registros de pagamento
 - Outros (lista): _____
- Informações de serviços de saúde
- Avaliações individuais
- Planos de tratamento ou de serviços de saúde
- Escola, educação e treinamento

OBSERVAÇÃO: Caso seus registros de cliente incluam quaisquer das informações abaixo, você também deve preencher essa seção para inclusão desses registros.

Forneço minha permissão para divulgar os seguintes registros (marque todas as opções aplicáveis):

- Saúde mental
- Resultados de testes, diagnósticos ou tratamento de HIV/AIDS e IST
- Transtorno de uso de substâncias

- Este consentimento é válido por um ano enquanto o DSHS precisar dos registros, ou até _____ (data ou evento).
- Posso revogar ou cancelar esse consentimento a qualquer momento por escrito, mas isso não afetará quaisquer informações já compartilhadas.
- Entendo que os registros compartilhados sob esse consentimento não podem ser protegidos sob as leis aplicáveis ao DSHS.
- Uma cópia desse formulário é válida para fornecer minha permissão para o compartilhamento de registros.

ASSINATURA	DATA	TESTEMUNHA/TABELIÃO (ASSINATURA E NOME EM LETRA DE FORMA, SE APLICÁVEL)	DATA
ASSINATURA DE PAI/MÃE OU OUTRO REPRESENTANTE (SE APLICÁVEL)		NÚMERO DE TELEFONE (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	DATA

Se os registros não se referem a mim, estou autorizado a assinar este consentimento por ser: (anexe prova de autoridade)

- Pai/Mãe
- Responsável legal (anexe ordem judicial)
- Representante pessoal
- Outro: _____

AVISO AOS DESTINATÁRIOS DAS INFORMAÇÕES: Caso esses registros contenham informações sobre HIV, ISTs ou AIDS, você não está autorizado a 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 obrigatório 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 por abuso de álcool ou drogas.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

Finalidade: Utilize esse formulário quando precisar de consentimento para usar informações confidenciais continuamente sobre um cliente dentro do 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 por lei. Clientes são pessoas que recebem benefícios ou serviços do DSHS.

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

Partes do formulário:

IDENTIFICAÇÃO:

- **Nome:** Forneça o nome de apenas um cliente em cada formulário. Inclua quaisquer nomes anteriores que o cliente possa ter usado ao receber os serviços.
- **Data de nascimento:** É necessário para 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 obrigatório) para auxiliar a identificar registros e a acompanhar o histórico e os serviços recebidos.
- **Endereço e telefone:** Informações adicionais que ajudarão a localizar, identificar ou a entrar em contato com o cliente.
- **Outros:** Inclua nessa caixa quaisquer informações adicionais que possam ajudar a localizar registros que possam incluir partes do DSHS envolvidos com serviços, nomes de membros familiares ou outras informações relevantes.

CONSENTIMENTO (AUTORIZAÇÃO):

- **Agências ou pessoas trocando registros:** O preenchimento desse formulário por parte do cliente permite o uso e o compartilhamento de informações confidenciais dentro de todo o DSHS. O DSHS será capaz de divulgar e receber informações confidenciais de agências externas ou pessoas listadas. Se possível, forneça informações de identificação sobre as agências ou os provedores, incluindo nome, endereço ou localização. 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 estão incluídos no consentimento. Os clientes podem disponibilizar todos os registros ou limitar os registros incluídos por data, tipo ou fonte do registro. Caso um cliente não assine um consentimento ou não especifique um registro em especial, o compartilhamento ainda será permitido pela lei. Você pode anexar uma lista de registros incluídos, a qual o cliente também deve assinar. Caso quaisquer registros incluam informações relacionadas à saúde mental (RCW 71.05.620), testes ou tratamento de HIV/AIDS ou ISTs (RCW 70.02.220) ou serviços de álcool e drogas (42 CFR 2.31(a)(5)), o cliente deve marcar essas áreas especificamente para autorizar o compartilhamento desses registros. Esse formulário não é válido para inclusão de observações psicoterápicas 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 atenda às finalidades de seu programa ou conforme fornecido por lei.
- **Compreensão:** Certifique-se de que o cliente compreenda qual permissão está sendo concedida e como e por que essas informações serão compartilhadas. Se necessário, use um formulário traduzido e 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 do DSHS ou coloque o cliente em contato com 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 ISTs; qualquer idade para contraceptivos e abortos; 18 anos para serviços de saúde e outros registros), marque essa caixa e insira a data da assinatura. O cliente pode substituir uma marca nessa caixa que você testemunhe.
- **Testemunha ou tabelião:** Uma testemunha ou tabelião pode ser necessário para verificar sua identidade, caso você não envie este formulário pessoalmente ou caso um programa solicite verificação. Este indivíduo deve assinar e escrever o próprio nome.
- **Pai/Mãe ou outro representante:** Caso o cliente seja uma criança abaixo da idade de consentimento, um dos pais ou responsável deve assinar. Caso a criança não atenda a idade de consentimento para que todos os registros sejam compartilhados, ela e o pai/mãe devem assinar. Caso o cliente tenha sido declarado juridicamente incompetente, o responsável indicado pelo tribunal deve assinar e fornecer uma cópia do mandado de designação. Caso alguém esteja assinando em outra capacidade (incluindo procurador 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 de telefone ou informações de contato.