



Autorização para divulgação de informações

**Estamos comprometidos com a privacidade das suas informações.
Por favor, leia este formulário com atenção.**

Qual(is) escritório(s) do DHHS deve(m) ajudá-lo? Por favor, assinale.

<input type="checkbox"/> Escritório de Serviços MaineCare	<input type="checkbox"/> Serviços de Saúde Mental e Abuso de Substâncias
<input type="checkbox"/> Escritório para Independência Familiar e Equipe de Revisão Médica	<input type="checkbox"/> Escritório de Serviços para Crianças e Famílias
<input type="checkbox"/> Centro do Maine para Controle e Prevenção de Doenças	<input type="checkbox"/> Escritório de Serviços ao Envelhecimento e Deficiência
<input type="checkbox"/> Centro Psiquiátrico Dorothea Dix	<input type="checkbox"/> Escritório de Audiências Administrativas
<input type="checkbox"/> Centro Psiquiátrico Riverview	<input type="checkbox"/> Outro:

De quem são as informações a serem divulgadas? Por favor, escreva em letra de forma com clareza.

Nome da pessoa	Data de nascimento	Nº Seguridade Social
Endereço residencial	Município/Cidade	Estado CEP
Telefone () -	Endereço de e-mail	@

Quais informações o DHHS deve divulgar? Selecione todas as que se aplicam.

<p>Permissão geral:</p> <p><input type="checkbox"/> Todas as informações de saúde do(s) escritório(s) do DHHS assinalado(s) acima</p> <p><input type="checkbox"/> Reembolsos ou dados de encontro (informações sobre consultas com prestadores de serviços de saúde)</p> <p><input type="checkbox"/> Faturamento, pagamento, receita, serviços bancários, impostos, bens ou dados necessários para verificar se você se qualifica para os benefícios do programa do DHHS</p> <p><input type="checkbox"/> Limitar para a(s) seguinte(s) data(s) ou tipo(s) de informações: (por exemplo, "Exame laboratorial datado de 2 de junho de 2017" ou "Reembolsos de 2015 a 2017")</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	<p>Permissão especial: Serviços ou encaminhamento para especialista em drogas/álcool</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir todas as informações sobre drogas/álcool na divulgação</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir apenas os registros específicos de drogas/álcool assinalados:</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnóstico e tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Anotações clínicas e resumos de alta</p> <p><input type="checkbox"/> Resumo ou histórico de drogas/álcool</p> <p><input type="checkbox"/> Informações sobre pagamento ou reembolsos</p> <p><input type="checkbox"/> Situação de vida e apoio social</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos, dosagens ou suprimentos</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados laboratoriais</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>
<p>Permissão especial: Serviços de Saúde Mental/Comportamental</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir esta informação na divulgação</p> <p><input type="checkbox"/> Quero rever meu registro de saúde mental/saúde comportamental antes da divulgação. Eu entendo que a revisão será supervisionada.</p> <p>Observação: A lei do Maine nos permite compartilhar essas informações com outros prestadores de serviço de saúde e planos de saúde para coordenar seu tratamento (para ajudar a cuidar de você), desde que façamos um esforço cabível para notificá-lo sobre a divulgação.</p>	<p>Permissão especial: Estado do HIV/AIDS / Resultados do teste</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir esta informação na divulgação</p> <p>Observação: A lei do Maine exige que lhe informemos das possíveis consequências da divulgação de informações sobre HIV/AIDS. Por exemplo, você pode receber um atendimento mais completo se divulgar essas informações, mas poderá sofrer discriminação se seus dados forem utilizados incorretamente. O DHHS protegerá seus dados de HIV e todas as suas informações, conforme exigido pela lei.</p>

Você está solicitando ao DHHS para enviar suas informações por E-MAIL? Sim.

Embora o DHHS tenha proteções de privacidade e segurança para minhas informações, eu compreendo que o e-mail e a Internet têm riscos que o DHHS não pode controlar. É possível que minhas informações enviadas por e-mail possam ser lidas por terceiros. EU ACEITO ESSES RISCOS e ainda peço ao DHHS para enviar minhas informações por e-mail. **RUBRICAR AQUI** _____

Para onde o DHHS deve enviar suas informações por e-mail? Por favor, escreva o endereço de e-mail em letra de forma com clareza:

Qual é a finalidade da divulgação? Por favor, assinale ou escreva uma resposta.

- Para coordenar ou gerenciar meu tratamento Para uma questão jurídica, incluindo para fornecer testemunho
 Um pedido pessoal Para verificar se me qualifico para benefícios ou seguro Outro _____

Por favor, assinale e escreva em letra de forma com clareza abaixo: Enviar minhas informações para Obter minhas informações de:

Nome _____ Endereço _____ Cidade, Estado, CEP _____ Telefone _____ N° Fax _____	Nome _____ Endereço _____ Cidade, Estado, CEP _____ Telefone _____ N° Fax _____
---	---

Eu entendo e concordo que:

- A “Informação” pode estar no formato escrito, falado e/ou eletrônico.
- Este formulário expirará em **um ano** a partir da data abaixo, a menos que eu revogue (retire) minha permissão antes disso.
- Para retirar minha permissão, preencherei o Formulário de Revogação disponível em <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> e enviarei para o escritório onde eu recebo os serviços. Ele não se aplicará às informações que o DHHS já divulgou com a minha permissão.
- Se eu retirar minha permissão ou recusar-me a divulgar algumas ou todas as minhas informações, minha escolha pode levar a um diagnóstico ou tratamento inadequado ou negação da cobertura do seguro.
- Eu permito que as pessoas e/ou os escritórios relacionados neste formulário conversem entre eles para a(s) finalidade(s) deste formulário.
- As informações de saúde de outros provedores (como médicos, hospitais e conselheiros) no meu arquivo do DHHS estão incluídas nesta divulgação.
- A menos que eu esteja solicitando benefícios, o DHHS não baseará meu tratamento, pagamento por serviços ou benefícios no fato de eu assinar este formulário.
- Os escritórios do DHHS manterão minhas informações confidenciais conforme exigido por lei. Se eu optar por compartilhar minhas informações com outras pessoas que não sejam obrigadas por lei a mantê-las privadas, elas não poderão mais ser protegidas por leis federais de confidencialidade.
- Se os registros do programa ou do tratamento de drogas ou álcool (transtorno de uso de substâncias) estiverem incluídos nesta divulgação, o DHHS incluirá um aviso comunicando que tais informações não podem ser novamente divulgadas ou compartilhadas sem minha permissão por escrito.

Estou assinando este formulário voluntariamente. Eu tenho o direito de uma cópia assinada deste formulário, se eu solicitar uma.

Data: _____ **Assinatura** _____

Autoridade do representante pessoal para assinar: _____