



Autorização de divulgação de informações de saúde protegidas

Nome do cliente: _____

Data: _____

Ao assinar este formulário, autorizo a Family Connections e a

(Nome da escola)

a partilhar as seguintes informações relativas à inscrição do cliente acima mencionado no programa NJ4S:

- Participação nos serviços NJ4S.
- Estado de inscrição no programa NJ4S.
- Motivo da alta no programa NJ4S.
- Recomendações de alta do NJ4S.

O objetivo desta autorização é permitir que estas partes coordenem os cuidados de saúde, bem como forneçam referências e apoio académico.

Compreendo que os registos médicos estão protegidos pela legislação federal e estadual, incluindo a Lei de Portabilidade e Responsabilidade dos Seguros de Saúde de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 e 164 e não podem ser divulgadas sem autorização por escrito do cliente (ou dos pais ou tutores, se o cliente for menor), salvo disposição em contrário nessas leis e/ou regulamentos. Em alguns casos, a legislação federal, por exemplo, a HIPAA, não impede as pessoas ou entidades acima mencionadas de divulgarem novamente as informações.

Compreendo ainda que as informações a serem partilhadas pelo Family Connections estão limitadas ao âmbito acima descrito. Se a escola solicitar ou exigir informações adicionais, tais como diagnóstico, registos ou outros detalhes relativos ao tratamento, será necessário assinar uma nova Autorização de Divulgação de Informações solicitando especificamente essas informações.

Esta autorização permanecerá em vigor durante um ano a partir da data da minha assinatura, exceto se for revogada antes. Compreendo que posso revogar esta autorização em qualquer altura, por escrito, exceto na medida em que

forem tomadas medidas com base no mesmo. Se eu desejar rescindir esta autorização antes da sua expiração, posso apresentar um pedido por escrito à Family Connections.

Reconhecimento e assinatura

Reconheço que as informações a divulgar me foram explicadas na íntegra e que o meu consentimento é dado de livre vontade.

Foi-me fornecida uma cópia do presente formulário. Compreendo que também posso solicitar à Family Connections que me forneça uma cópia.

Assinatura

Data

Nome da pessoa que assina

Relação com o cliente

Assinatura do cliente

Data

Nome do cliente em letra de imprensa