STATE OF RHODE ISLAND

Tribunal de Família
Garrahy Judicial Complex

One Dorrance Plaza
Providence Rhode Island 02903

Haigarush R. Bedrasian
Juiz Titular

Ronald J. Pagliarini
Chefe do Gabinete

AUTORIZAÇÃO para LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Processo Nº.: _____

Data: _____

CLIENTE: _____ DATA DE NASCIMENTO:_____

ENDEREÇO DO CLIENTE: _____

Eu autorizo através da presente:

NOME: _____

ENDEREÇO: _____
_____

Método de liberação: _____ Telefone/Oral _____Material Impresso
_____ Ambos

Marcar as informações corretas *para* serem liberadas.

_____Avaliações Psicológicas _____Observações sobre Andamento _____Histórico Social
_____Avaliações Psiquiátricas _____Programa de Abuso de Substâncias
_____Relatórios de Laboratórios _____Plano de Tratamento _____Históricos Escolares
_____Exames Médicos _____Resumo de Alta
_____Outros _____

Esta autorização cobre o período: _____

Esta reconfirmação é necessária para a(s) seguinte(s) finalidade(s): _____
_____

Eu compreendo que os meus registros são protegidos de acordo com o Regulamento de Confidencialidade Federal (42CFR. Parte 2. Confidencialidade de Tratamentos contra o Abuso de Álcool e Drogas se pertinente) e de acordo com a Legislação Geral de Rhode Island e não podem ser revelados sem nenhuma autorização escrita com exceção de outras formas especificamente determinadas pela lei e regulamentos. As informações liberadas com esta autorização não poderão ser passadas, vendidas, transferidas ou de outra maneira transmitidas a nenhuma outra pessoa que não estiver especificada acima. Eu compreendo que eu poderei retirar esta autorização a qualquer momento efetuando uma notificação por escrito para a parte acima.

_____ _____
Assinatura do Cliente, dos Pais ou do Representante Autorizado — Testemunha