STATE OF RHODE ISLAND AND **PROVIDENCE** PLANTATIONS

TRIBUNAL DISTRITAL
UNIDADE DE SERVIÇOS PRÉ-JULGAMENTO

Complexo Judicial Noel
222 Quaker Lane
Warwick, RI02886
(401) 822-1310 • Fax (401) 822-6799

Autorização para Liberação de Informações

Nome: _____ Data de nascimento: ____

Marcar apenas um, ou enviar ou obter. (Enviar significa que nossos registros são enviados. Obter significa que estamos obtendo registros. Discutir quer dizer se estamos enviando ou obtendo; podemos ter uma conversa de mão dupla com a pessoa ou local indicado).

□ Autorizo, por meio deste, a Unidade de Serviços Pré-julgamento a enviar/discutir os registros do meu tratamento para:
□ Autorizo , por meio deste que a Unidade de Serviços Pré-julgamento a Obter/Discutir os registros do meu tratamento do(a):

Nome: _____ _____ _____' _____
Endereço: _____
As informações a respeito dminha identidade, nível de tratamento, programas, diagnóstico ou tratamento incluirão:

□ Resumo de alta □ Avaliação psiquiátrica □ Observações sobre progresso
□ Plano tratamento □ Histórico e físico □ Dados de laboratório
□ (Outros especificar)_____ __

em relação às datas de serviços a seguir _____ _____
e podem ser liberados por qualquer um dos métodos a seguir (marcar todos que se aplicam)
□ Fax □ Telefone/oral □ Materiais impressos □ Todos

As informações são necessárias para as seguintes finalidades:
Outras (especificar) _____

Eu compreendo que meus registros médicos podem conter informações que são consideradas sensíveis de acordo com a legislação. As minhas opções de marcar abaixo indicam que não permito que sejam reveladas as informações deste tipo, se as houver: □ infecção por HIV/AIDS □ Doenças sexualmente transmissíveis □ Outras _____

Eu compreendo que meus registros estão protegidos de acordo com a Legislação Geral de Rhode Island e não podem ser revelados sem minha autorização, exceto pelo que for determinado em contrário pela legislação. Além disso, eu compreendo que se meus registros envolverem o abuso de álcool ou drogas estes estão protegidos de acordo com o Regulamento Federal 42 CFR, Parte 2, Confidencialidade de Registros de Pacientes de Abuso de Álcool e Drogas. Eu compreendo que meus registros não podem ser revelados sem minha autorização por escrito a menos que assim esteja determinado no regulamento. Esta autorização não durará mais do que 1 (um) ano a contar da data deste formulário. Eu compreendo que poderei retirar minha autorização (por escrito) em qualquer data a não ser na medida em que tenham sido tomadas providências com base nos mesmos.

Eu compreendo que esta informação é necessária para a determinação da forma e do tipo de reconhecimento e das condições da fiança que foi colocada sobre tal réu.

Eu li e compreendi as afirmações acima e autorizo de livre e espontânea vontade a revelação das informações e/ou registros de saúde mental para a Unidade de Serviços Pré-Julgamento do Tribunal Distrital de Rhode Island.

Assinatura do Réu Data

Oficial de Serviços Pré-Julgamento Data