



Haverhill Public Schools

AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO INFORMAÇÕES COM A COMUNIDADE - PROVEDORES DE SAÚDE PARA AS ESCOLAS PÚBLICAS DE HAVERHILL

Nome do(a) aluno(a): _____ Data de nascimento: _____

Escola _____ Série: _____

- Eu autorizo que as Escolas Públicas de Haverhill partilhem ***eletronicamente*** informações de encaminhamento incluindo os seguintes dados do meu filho:
 - Nome, data de nascimento, série e escola HPS que meu filho frequenta. • Informações sobre as dificuldades que meu filho está enfrentando que podem ser relevantes para o encaminhamento.
 - Informações sobre como entrar em contato comigo, quando é melhor entrar em contato comigo e meu idioma preferido, bem como informações sobre o seguro de saúde do meu filho para que a agência de saúde mental possa entrar em contato comigo para iniciar os serviços. com “*Serviços de Saúde Comportamental Beth Israel Lahey*” e “*Serviços Familiares do Merrimack Valley*” e “*rua casa de Ann*” e “*Sevita/Mentor da Baía Sul*” e “*Cartwheel*” e “*Serviços para famílias e amigos infantis/ JRI*” para fins de estabelecimento de serviços de saúde mental para meu filho.
- Eu autorizo que *as agências acima* troquem informações com as Escolas Públicas de Haverhill tanto verbalmente quanto por escrito sobre a situação desta referência para serviços de saúde mental.
- Entendo que posso me recusar a assinar (e posso revogar) esta autorização. Eu entendo que as Escolas Públicas de Haverhill não compartilharão nenhuma informação adicional com provedores baseados na comunidade após a data em que eu retirar meu consentimento.
- Eu entendo que nem *as agências acima* condicionarão meu tratamento/serviços ou o pagamento de minhas contas à minha decisão de assinar este formulário de consentimento de indicação.
- Eu entendo que *as agências acima*, concordaram em proteger a privacidade dessas informações de acordo com as leis de privacidade estaduais e federais.
- Entendo que, a meu pedido, receberei uma cópia deste formulário assinado.
- Eu li e concordo com os termos acima.

Assinatura dos pais/tutor legal: _____

Assinatura do aluno (se maior de 18 anos): _____

Nome dos pais/tutor legal ou do aluno (se o aluno tiver mais de 18 anos)

[imprimir]: _____ Data: _____