Autorização para a transmissão de informações

**\* Nome do Cliente**

**\* Eu autorizo a Calligo): (Espaço para clicar e escolher uma ou duas opções)**

* Enviar
* Receber

As seguintes informações (As seguintes informações): **(Espaço para clicar e escolher uma ou mais opções e escrever se necessário)**

* Histórico médico e avaliação(ões)
* Avaliações de saúde mental
* História de desenvolvimento e/ou social
* Registros educacionais
* Notas de progresso, e tratamento ou resumo final
* Em caso de emergencia
* Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_

**Para/De: Informações da pessoa ou instituição:**

**Nome:**

**Rua / Bairro/CEP**

**Cidade:**

**Telefone**

**Email**

**\* Seu relacionamento com o cliente:**

* **Eu mesmo \_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Pai/responsável legal**
* **Representante pessoal**
* **Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\* As informações acima serão utilizadas para os seguintes

* Planejamento de tratamento ou programa apropriado
* Continuação do tratamento ou programa adequado
* Determinação da elegibilidade para benefícios ou programa
* Revisão do caso
* Atualização de arquivos
* Outros \_\_\_\_\_\_\_\_

Entendo que esta autorização é voluntária e posso revogar este consentimento a qualquer momento, mediante notificação por escrito e depois de 01 (um ano) a partir da data de assinatura, deste consentimento expira automaticamente. Fui informado sobre quais informações serão fornecidas, seu objetivo e quem as receberá. Entendo que tenho o direito de receber uma cópia desta autorização. Entendo que tenho o direito de me recusar a assinar esta autorização.

Se você é o tutor ou representante legal designado pela justiça para o cliente, anexe uma cópia desta autorização para receber essas informações de saúde protegidas.

Assinatura do Cliente:

Data (que foi assinado automatico sem possibilidade de mudança)

**Assinatura de testemunha (se o cliente não puder assinar):**

Data (que foi assinado automatico sem possibilidade de mudança)