

Consent to share information

Consentimento para partilhar informação

Purpose: to record freely given informed consumer consent to share their information with a specific agency/ies for a specific purpose/s.

Propósito: Para registar consentimento informado dado livremente pelo consumidor para partilhar informação com uma/s específica/s agência/s para um/uns propósito/s específico/s.

Consumer

Consumidor

Name:

Nome:

Date of Birth: dd/mm/yyyy / /

Data de Nascimento: dd/mm/aaaa / /

Sex:

Sexo:

UR Number:

Número UR:

or affix label here
ou aplique aqui a etiqueta

Section 1: Personal/health information to be shared

Secção 1: Informação pessoal/sobre a saúde a ser partilhada

Service Type Tipo de Serviço	Name of Agency Nome da Agência	Type of Information Tipo de Informação	Purpose/s Propósito/s
Examples: – Physiotherapy – counseling Exemplos: – fisioterapia – aconselhamento	Examples: – Strawberry Community Health centre – Blueberry City Council Exemplos: – Centro de Saúde Comunitário de Strawberry – Câmara Municipal da Cidade de Blueberry	Examples: – all relevant information – exceptions as stated by consumer Exemplos: – Toda a informação relevante – Excepções tais como referidas pelo consumidor	Examples: – referral – shared care/case planning – informing services participating in consumer's care Examples: – Examples: – Cuidados partilhados/planeamento de casos – informar aos serviços participantes no cuidado ao consumidor

Section 2: Record of consent

Secção 2: Registo do Consentimento do Consumidor

Written consumer consent

Consentimento por Escrito do Consumidor

The worker/practitioner has discussed with me who and why certain information about me may be shared with other service providers, as above. I understand this and I give my consent for the information to be shared.

O trabalhador/profissional discutiu comigo como e porquê certa informação sobre mim poderá ser partilhada com outros provedores de serviços, segundo supra. Eu entendo isto e dou o meu consentimento para a informação ser partilhada.

Signed: _____

Assinatura: _____

Dated: dd/mm/yyyy / /

Data: dd/mm/aaaa / /

or

ou

Verbal consumer consent

Consentimento Verbal do Consumidor

I have discussed with the consumer how and why certain information may be shared with other service providers. I am satisfied that this has been understood and that informed consent for the information to be shared as detailed above has been given.

Tenho discutido com o consumidor como e porque certa informação poderá ser partilhada com os outros provedores de serviços. Estou convencido que isto foi entendido e que foi dado consentimento informado para que a informação seja partilhada conforme detalhado acima.

or
ou

Consumer does not have the capacity to provide consent

O consumidor não tem capacidade de prover consentimento

(that is, they do not understand the nature of what they are consenting to, or the consequences)

(isto é, ele[(a)] não entende a natureza daquilo que está a consentir, ou as suas consequências)

Consent given by authorised representative _____

(name of authorised representative)

Consentimento concedido pelo(a) representante autorizado(a) _____

(nome do[a] representante autorizado[a])

There is no authorising representative or they were uncontactable; therefore, the information 2001* will be shared as set out in the Health Records Act

Não existe representante autorizado(a) ou ele/ela não foi contactável, portanto, a informação será partilhada tal como disposto na Lei dos Registos de Saúde de 2001*

**If it is not reasonably practical to obtain consent from an authorised representative or the consumer does not have an authorised representative, health information can still be shared in the circumstances set out in the Health Records Act 2001. This includes where the sharing of information is done by a health service provider and is reasonably necessary for the provision of a health service or where there is a statutory requirement.*

**Caso não seja razoavelmente prático obter consentimento dum(a) representante autorizado(a) ou o consumidor não tenha representante autorizado(a), informação quanto à saúde poderá ser partilhada, na mesma, nas circunstâncias tais como dispostas na Lei dos Registos de Saúde de 2001. Isto inclui quando o partilhar de informação é feito por um provedor de serviços de saúde, tornando-se isso razoavelmente necessário para a provisão dum serviço de saúde ou quando se trate dum requisito legislativo.*

To ensure that the consumer's authorised representative can make an informed decision about consenting to the sharing of information as detailed above, the worker/practitioner should (tick when completed):

Para assegurar que o consumidor/representante autorizado do consumidor pode tomar uma decisão informada sobre o consentimento para a partilha de informação conforme detalhado acima, o trabalhador/profissional deverá: (assinalar quando completado)

1. Discuss with the consumer the proposed sharing of information with other services/agencies

1. Discutir com o consumidor a partilha de informação com outros serviços/agências

2. Explain that the consumer's information will only be shared with these services/agencies if the consumer has agreed and, when referring, advise that referral for service can still proceed if the consumer does not want information disclosed

2. Explicar que a informação do consumidor somente será partilhada com esses serviços/agências se o consumidor concordou e, quando recomendar, informe que a recomendação para o serviço poderá ir avante se o consumidor não quiser que a informação seja partilhada.

3. Provide the consumer with information about privacy, such as the brochure Your Information – It's Private

3. Fornecer ao consumidor informação sobre a privacidade, tal como a brochura A Sua Informação – Ela é Privada

4. Provide the consumer with a copy of this form once completed.

4. Fornecer ao consumidor uma cópia deste formulário quando preenchido/

Produced by the Victorian Department of Health, 2012
Produzido pelo Departamento de Saúde de Victoria, 2012

Consent obtained/witnessed by:

Consentimento obtido/testemunhado por:

Name:

Nome:

Sign:

Assinatura:

Position/Agency:

Posição/Agência:

Date: dd/mm/yyyy / /

Data: dd/mm/aaaa / /

CSI Page 1 of 1

CSI Página 1 de 1

Contact number:

Número de contacto: