


PRINCESS ALEXANDRA HOSPITAL HEALTH SERVICE DISTRICT DIVISION OF MENTAL HEALTH		UR: _____ SURNAME: _____ GIVEN NAMES: _____ DATE OF BIRTH: ___/___/___ MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> (Affix patient label here)
 Queensland Government <small>Queensland Health</small>	Transcultural Clinical Consultation Service, Qld Transcultural Mental Health Centre 1800 188 189	

CONSENSO PER OTTENERE E FORNIRE INFORMAZIONI

A CHI DI DIRITTO

Do il permesso al personale clinico del Qld Transcultural Mental Health Centre di ricevere informazioni da altre agenzie/persone adatte e a fornire loro le informazioni necessarie che possono essere d'aiuto nella mia valutazione e nella pianificazione delle mie cure.

Eccezioni (organizzazione(i) e/persona che non devono essere contattate dal servizio):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del cliente: Data: ___/___/___

Nome e cognome in stampatello:

Firma del personale: Data: ___/___/___

Designazione:

Nome e cognome del personale in stampatello:

CONSENT TO RELEASE INFORMATION - ITALIAN