

**AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES
DE SAÚDE PROTEGIDAS OU PRIVILEGIADAS**

Favor escrever todas as informações de forma clara, para que o seu pedido s

A. INFORMAÇÕES DO PACIENTE**NOME DO PACIENTE:** _____ **DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE:** _____**Nº DO REGISTRO MÉDICO DO PACIENTE:** _____**ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA:** _____ **Nº DO APTO:** _____**CIDADE:** _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____**Nº DO TELEFONE PARA CONTATO: DIA: ()** _____ **NOITE: ()** _____**B. PERMISSÃO PARA COMPARTILHAR:** Dou a minha permissão para que minhas informações de saúde protegidas sejam compartilhadas. Especifique de onde você gostaria que as informações fossem enviadas e para quem você gostaria que fossem enviadas.**DE: (por exemplo, hospital, clínica ou nome do provedor):**

Nome: _____

Endereço: _____

Número de telefone: _____

FINALIDADE: (assinale a opção apropriada)☐ Cuidados médicos ☐ Pessoal*☐ Seguro* ☐ Escola☐ Assunto jurídico* ☐ Outra (especifique)* _____

* Sujeito a taxas de cópia.

PARA: (para quem você gostaria que as informações fossem enviadas):☐ Marque aqui se os registros devem ser enviados para o paciente no endereço acima (seção A), caso contrário, preencha as informações abaixo para indicar para onde você gostaria que as informações fossem enviadas:

Nome: _____

Endereço: _____

Número de telefone: _____

ENVIAR POR:☐ Partners Patient Partners (se disponível)☐ E-mail seguro (fornecer o endereço de e-mail abaixo)☐ Endereço de e-mail do paciente: _____☐ Enviar cópia impressa por correio☐ Fax (fornecer o número de fax): _____**C. INFORMAÇÕES A SEREM LIBERADAS** (marque todas as opções aplicáveis e especifique as datas):☐ Resumo/datas dos registros médicos _____
(por exemplo, histórico e exames físicos, relatório de operações, consultas, relatórios de exames, resumo de altas)☐ Anotações/datas de consultas clínicas _____☐ Resumo/datas das altas _____☐ Relatórios/datas de exames de laboratório _____☐ Relatórios/datas de operações _____☐ Relatórios/datas de patologia _____☐ Relatórios/datas de radiações _____☐ Relatórios/datas de radiologia _____☐ Fotografias/datas (sujeito a custos adicionais) _____☐ Registros/datas de faturas _____☐ Outras (especificar abaixo e incluir as datas) _____

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS OU PRIVILEGIADAS

D. Marque SIM para indicar que você dá permissão para liberar as seguintes informações se constarem nos seus registros:

- ☐ Sim **Resultados de testes de HIV** (AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE NECESSÁRIA PARA CADA SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO.)
ESPECIFICAR AS DATAS _____
- ☐ Sim **Resultados de testes de triagem genética (ESPECIFICAR O TIPO DE TESTE)** _____
- ☐ Sim **Registros de abuso de álcool e drogas** protegidos pela Parte 2 do CFR 42, Regras Federais de Confidencialidade (REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO ADICIONAL DESTAS INFORMAÇÕES, A MENOS QUE A DIVULGAÇÃO ADICIONAL SEJA EXPRESSAMENTE PERMITIDA POR CONSENTIMENTO POR ESCRITO DA PESSOA A QUEM PERTENCEM OU CONFORME PERMITIDO PELA PARTE 2 DO CFR 42.) Este consentimento pode ser revogado mediante solicitação oral ou por escrito.
- ☐ Sim **Outra(s):** Favor descrever _____
- ☐ Sim Detalhes de diagnósticos de saúde mental e/ou tratamentos fornecidos por um psiquiatra, psicólogo, enfermeiro(a) clínico(a) especialista em saúde mental ou médico de saúde mental licenciado (LMHC) *(entendo que a minha permissão pode não ser necessária para liberar meus registros de saúde mental para fins de pagamento)*
- ☐ Sim Comunicações confidenciais com um(a) assistente social licenciado(a)
- ☐ Sim Detalhes de aconselhamento a vítimas de violência doméstica
- ☐ Sim Detalhes de aconselhamento a vítimas de violência sexual

E. Compreendo e concordo que:

- O Partners HealthCare System (PHS) não tem como controlar como o destinatário usa ou compartilha as informações, e que as leis que protegem sua confidencialidade no PHS podem ou não proteger essas informações depois de serem liberadas ao destinatário.
- Esta autorização é voluntária.
- Meu tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou direito aos benefícios não serão afetados se eu não assinar este formulário.
- Posso cancelar esta autorização a qualquer momento mediante apresentação de uma solicitação por escrito ao departamento ou escritório onde a apresentei originalmente, salvo:
 - o se o PHS já as utilizou (por exemplo, assim que as informações são liberadas, não serão recuperadas).
 - o se assinei esta autorização como condição para a obtenção de seguro, outras leis podem fornecer à seguradora o direito de contestar um sinistro ao abrigo da apólice ou a própria apólice.
- Esta autorização expirará automaticamente **6 meses depois da data de assinatura**, a menos que especificado de outra forma.
- Entendo que se a Partners mantiver qualquer um dos meus registros de provedores externos, estes não serão liberados a menos que eu solicite especificamente em "Outras" na seção C. Favor incluir o nome da entidade, provedor e datas específicas, se souber.
- Minhas dúvidas sobre este formulário de autorização foram esclarecidas.

► **Assinatura do paciente:** _____

► **Data:** _____

► **Nome em letra de imprensa:** _____

Quando o paciente for menor de idade, ou não tiver competência para dar consentimento, é necessária a assinatura de um dos pais, tutor ou outro representante legal.

Assinatura do representante legal: _____ **Data:** _____

Nome em letra de imprensa: _____ **Relação do representante com o paciente:** _____

For Internal Use Only

Information Released/Reviewed By: _____ Date _____

Clinic/Office: _____

Pick-up Identification:

_____ License _____ State ID _____ Passport _____ Other Photo ID _____