

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

Favor escrever todas as informações de forma clara, para que o seu pedido seja processado em tempo hábil.

**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)

- |                                            |                                                     |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuidados médicos  | <input type="checkbox"/> Pessoal*                   |
| <input type="checkbox"/> Seguro*           | <input type="checkbox"/> Escola                     |
| <input type="checkbox"/> Assunto jurídico* | <input type="checkbox"/> 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:**

- |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Partners Patient Partners (se disponível)            |
| <input type="checkbox"/> E-mail seguro (fornecer o endereço de e-mail abaixo) |
| <input type="checkbox"/> Endereço de e-mail do paciente: _____                |
| <input type="checkbox"/> Enviar cópia impressa por correio                    |
| <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_