

## AUTORIZAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (PHI)

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ MRN \_\_\_\_\_

*Autorizo o NeighborHealth a divulgar as minhas informações de saúde protegidas para:*

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço, número de fax ou endereço eletrônico: \_\_\_\_\_

OBJETIVO DA DIVULGAÇÃO (Assinalar uma opção):

Uso próprio     Mudança de médico     Motivos legais     Seguro     Outra (especifique) \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES A DIVULGAR (Ser específico e incluir datas de serviço, intervalo de datas e/ou nome(s) do prestador)

Registo médico completo \_\_\_\_\_  Observações clínicas \_\_\_\_\_

Registo de medicação \_\_\_\_\_  Resultados de laboratório \_\_\_\_\_

Relatórios de radiologia \_\_\_\_\_  Relatórios de emergência \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

PARA INCLUIR CATEGORIAS DE INFORMAÇÕES ESPECIALMENTE PROTEGIDAS, DEVE ESCREVER AS SUAS INICIAIS AO LADO DA(S) CATEGORIA(S) DE INFORMAÇÕES QUE PRETENDE QUE DIVULGUEMOS NO ÂMBITO DESTE PEDIDO:

\_\_\_\_ Informações sobre testes, diagnóstico ou tratamento do VIH (É NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE PARA CADA PEDIDO DE DIVULGAÇÃO)

\_\_\_\_ Kit de recolha de provas de agressão sexual/aconselhamento sobre agressão sexual da Commonwealth of Massachusetts

\_\_\_\_ Registos de tratamento de abuso de álcool e drogas protegidos pela Lei HITECH, 42 CFR Parte 2

\_\_\_\_ Registos relacionados com a violência doméstica

Compreendo que tenho o direito de retirar a minha autorização em qualquer altura, exceto se os registos já tiverem sido divulgados. Compreendo que, para retirar esta autorização, tenho de apresentar o meu pedido de retirada da autorização por escrito ao Diretor dos Registos Médicos. Compreendo que autorizar a divulgação destas informações de saúde é voluntário, posso recusar-me a assinar e o NeighborHealth não condicionará o meu tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou elegibilidade para benefícios ao meu fornecimento de autorização para o uso ou divulgação solicitados. *Compreendo que as informações de saúde utilizadas ou divulgadas ao abrigo desta autorização podem ser objeto de divulgação pelo destinatário e deixar de estar protegidas pelas leis de privacidade federais ou estatais; no entanto, o destinatário pode ser proibido de divulgar informações sobre o tratamento de abuso de substâncias ou testes, diagnóstico ou tratamento do VIH.* Compreendo que posso examinar ou copiar as informações a divulgar. Esta autorização permanecerá em vigor durante **um ano (12 meses)** a partir da data da sua assinatura, exceto se for revogada por mim. Li atentamente e compreendi as informações acima referidas, as minhas dúvidas foram esclarecidas e autorizo voluntariamente a divulgação das informações solicitadas à(s) pessoa(s) ou entidade(s) especificada(s).

Assinatura do paciente \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do representante legal \_\_\_\_\_ Parentesco com o paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_