

Carney Hospital

Solicitação do Paciente / Autorização para Utilização e/ou Divulgação de Informações de Saúde Protegidas

Processo clínico # _____

Eu, por meio deste, autorizo **Carney Hospital** a usar e/ou divulgar as Informações de Saúde Protegidas especificadas abaixo de meu processo clínico

1) NOME DO PACIENTE: (Em letra de imprensa) _____ Data de nascimento: _____				
Morada: _____				
	Rua	Cidade	Estado	Código postal
Números de telefone: _____				
E-mail: (se aplicável) _____				
2) INFORMAÇÕES A DIVULGAR PARA:				
Nome do doente (em letra de imprensa): _____				Fax # _____
Endereço (Em letra de imprensa) _____				Telefone # _____
	Cidade	Estado	Código Postal	
E-mail: (se aplicável) _____				

3) Método de entrega preferencial -

- E-MAIL
- Correio postal para o endereço em # 2 acima
- Recolher pessoalmente

4) Datas de tratamento de: _____ **Até:** _____

5) EXPEDIENTES/INFORMES ESPECÍFICOS A REVELAR:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Histórico de admissão e Exames Físicos | <input type="checkbox"/> Resultados de exames Laboratoriais | <input type="checkbox"/> Serviços de reabilitação (PT [Fisioterapia], OT [Terapia Ocupacional], Terapia de Fala) |
| <input type="checkbox"/> Resumo da Alta | <input type="checkbox"/> Relatórios de imagens (especifique CT [Tomografia Computadorizada], X-Ray [Raio X], MRI [Ressonância Magnética]) | <input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Consulta | <input type="checkbox"/> Relatórios de patologia _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Serviço de urgência | <input type="checkbox"/> Notas da cirurgia _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Relatórios de EKG [Eletrocardiograma] | | |

6) DIVULGAÇÃO RESTRITA: não divulgaremos a seguinte documentação **a menos que** marque o campo e forneça uma assinatura adicional:

Liberação	Assinatura	Liberação	Firma
<input type="checkbox"/> Documentação do prestador de cuidados de saúde mental / comportamental *		<input type="checkbox"/> Testes Genéticos / Resultados de testes*	
<input type="checkbox"/> Resultados do teste de triagem de HIV / SIDA		<input type="checkbox"/> Álcool*** <input type="checkbox"/> e / ou Abuso de Tratamento*** <input type="checkbox"/> substâncias	
<input type="checkbox"/> Comunicações confidenciais com um assistente social		<input type="checkbox"/> Abuso e negligência de criança / idosos	
<input type="checkbox"/> Aconselhamento para vítimas de violação / agressão sexual		<input type="checkbox"/> Aconselhamento para vítimas de violência doméstica	
<input type="checkbox"/> Doença Sexualmente Transmissível			

* Esta autorização não é válida para uso ou divulgação de notas de psicoterapia
 ** O termo "testes genéticos" significa apenas aqueles testes que determinam as suas possibilidades futuras de desenvolver uma doença, não testes feitos para diagnosticar uma condição ou problema atual.
 *** Aplicável apenas a registros criados por um "indivíduo ou entidade que forneça diagnóstico de abuso de álcool ou drogas, tratamento ou encaminhamento para tratamento". (42 CFR Parte 2) Não necessário para registros criados ou mantidos por uma instalação médica geral.

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZAÇÃO NÃO É VÁLIDA A MENOS QUE TODOS APLICÁVEL OS ÍTENS SEJAM PREENCHIDOS E O FORMULÁRIO SEJA ASSINADO NA PÁGINA 2



Carney Hospital

Solicitação do Paciente / Autorização para Utilização e/ou Divulgação de Informações de Saúde Protegidas

7) PEDIDO DE EXCLUSÃO:

Solicito que as seguintes admissões/visitas sejam especificamente excluídas desta solicitação _____ (especifique as datas do serviço)

8) OBJETIVO DA DIVULGAÇÃO:

Assistência médica Legal Seguro Pessoal Outros _____

* taxas podem ser aplicadas

9) PRAZO: Esta autorização permanecerá em vigor por um ano ou:

- Até que Carney Hospital trate desta solicitação.
 A partir da data desta Autorização até o _____ dia de _____ 20_____
 Até que ocorra o seguinte evento: _____
 Outro: _____

10) REVOGAÇÃO: Compreendo que posso revogar esta Autorização a qualquer momento, solicitando ao Carney Hospital por escrito, no endereço listado abaixo. A revogação entrará em vigor imediatamente após Carney Hospital receber a minha notificação por escrito. Compreendo que a revogação não terá qualquer efeito sobre qualquer ação que o Carney Hospital tenha tomado baseado nesta Autorização antes de receber a minha notificação de revogação por escrito.

Atenção Gestão de Informação em Saúde

Carney Hospital
2100 Dorchester Ave.
Dorchester, MA 02124
617-296-4000

11) EFEITO NO TRATAMENTO/PAGAMENTO/INSCRIÇÃO/ELEGIBILIDADE: Compreendo que posso recusar-me a assinar esta Autorização por qualquer motivo e que tal recusa não afetará o início, continuação ou qualidade do meu tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou elegibilidade para benefícios em Carney Hospital.

12) POTENCIAL PARA NOVA DIVULGAÇÃO: Compreendo que a pessoa que recebe as minhas Informações Protegidas de Saúde pode não ser obrigada a cumprir as leis de privacidade federais e estaduais, e as minhas Informações Protegidas de Saúde podem não ser mais protegidas pelas leis estaduais e federais aplicáveis, uma vez que sejam divulgadas por Carney Hospital.

13) ACESSO: Compreendo que, em certas circunstâncias, Carney Hospital tem o direito de me negar o acesso a todas ou partes das minhas Informações Protegidas de Saúde Carney Hospital irá notificar-me por escrito sobre quaisquer recusas.

Li e entendi os termos desta Autorização e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o uso e/ou divulgação de minhas informações de saúde. Pela minha assinatura abaixo, eu, por meio deste, consciente e voluntariamente, autorizo Carney Hospital a usar e/ou divulgar as minhas informações de saúde da maneira descrita acima.

14) _____ Data
Assinatura do Paciente

Nome do Paciente em letra de imprensa Testemunhas

For Office Use:
 I.D Verification _____

Assinatura autorizada do representante do paciente. Se o paciente for menor de idade ou não puder assinar esta autorização

15) _____ Data
Assinatura do Representante Pessoal

Nome do Representante do Paciente em letra de imprensa Relação com o paciente ou autoridade para agir pelo paciente

Perguntas sobre a divulgação devem ser dirigidas ao Diretor do HIM (Gestão de informação em saúde) do hospital.

For Office Use:

- Copy of this authorization provided to the patient
 Copy of this authorization provided to the personal representative

IMPORTANTE: ESTA AUTORIZAÇÃO NÃO É VÁLIDA A MENOS QUE TODOS APLICÁVEL OS ÍTENS SEJAM PREENCHIDOS E O FORMULÁRIO SEJA ASSINADO NA PÁGINA 2

Signature of Personnel Completing Request

Print Name

Date

Time

