

## Carney Hospital

### Pedidu /autorizason di Pasienti pa utiliza y / ô divulga Informason sobri saúdi protejido

Storiku Mediko # \_\_\_\_\_

Ja N Autoriza **Carney Hospital** uzo y / ô divulgason di informason sobri saúdi protejido spesifikadu di baxu di nhas rejistu médiku:

<b>1) NOMI DI PASIENTI:</b> (Skrevi ku klareza) _____ Data di nasimentu: _____						
Enderesu: _____						
Rua	Sidadi	Stadu	Kodigu Postal			
Númeru(s) di telefoni di kontaktu: _____						
E-mail: (se aplikável) _____						
<b>2) INFORMASON PA SER DIVULGADU:</b>						
Nomi di algen ô di instalason (Skrevi ku klareza) _____						
Enderesu (pur favor Skrevi ku klareza) _____ Sidadi _____ Stadu _____ Kodigu Postal _____						
E-mail: (se aplikável) _____						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Fax # _____</td> </tr> <tr> <td>Telefoni # _____</td> </tr> </table>					Fax # _____	Telefoni # _____
Fax # _____						
Telefoni # _____						

**3) Métopu di Entrega Preferidu -**

- E-Mail  
 Koreiu Postal pa enderesu na # 2 di riba  
 Rekolha Pesoalmenti

**4) Datas di Tratamentu a partir di:** \_\_\_\_\_ **Até:** \_\_\_\_\_

**5) REJISTUS/RELATÓRIUS SPESÍFIKUS PA DIVULGA:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stóriku di internason yi fiziku | <input type="checkbox"/> Rezultadus di Laboratoriu                        | <input type="checkbox"/> Servisus di rehabilitason (PT, OT, Fala) |
| <input type="checkbox"/> Rezumu di Alta                  | <input type="checkbox"/> Relatórius di imajen (spesifika TC, raius-X, RM) | <input type="checkbox"/> Otru (sta spesifiku) _____               |
| <input type="checkbox"/> Konsulta                        | <input type="checkbox"/> Relatórius di Patolojia                          | _____   |
| <input type="checkbox"/> Imergénsia                      | <input type="checkbox"/> Notas Operativas                                 | _____   |
| <input type="checkbox"/> Relatórius di EKG               |   |   |

**6) DIVULGASON RESTRITU:** Nu ka ta divulga kel siginti dokumentason a naun ser si markadu na kaxa y fornesidu un asinatura adisional:

Divulgason	Asinatura	Divulgason	Asinatura
<input type="checkbox"/> Documentason di Pestador di Saúdi Mental / Komportamental*		<input type="checkbox"/> Testis Jenétikus / Rezultadu di Testis*	
<input type="checkbox"/> Rezultadu di testis di kontrolu pa HIV/SIDA		<input type="checkbox"/> Alkuoliku*** i / ou <input type="checkbox"/> Abuso di substansia Tratamentu***	
<input type="checkbox"/> Komunikason konfidensial ku un * Asistenti Sosial		<input type="checkbox"/> Abuzu i neglijeénsia di kriansas/idozus	
<input type="checkbox"/> Akonselhamentuo di vitimas di violason / agreson Seksual		<input type="checkbox"/> Akonselhamentu di vitimas di violénsia doméstiku	
<input type="checkbox"/> Duensas Seksualmenti Transmisivel			

\* Es autorizason ka validu pa uzu ô divulgason di notas di psikoterapia

\*\* Kel spreson "testis jenétikus" ta signifika uzu di testis ki ta determina nhôs posibilidadi futuru di panha un duensa, kes li ka testi fazedu pa diagnostika un kondison ô problema atual.

\*\*\* So aplikável pa registus kriadu pa un "algen fizku ô juridiku ki ta apresenta komu un diagnóstiku, tratamentu ô enkaminhamentu pa tratamentu di abuzu di alkuol ô droga."(42 CFR Parti 2) ka ta ezijidu pa registus kriadu ô mantidu na un instalason di médisina jeral.

**IMPORTANTI: ES AUTORIZASON KA É VALIDU ANAUN SER SI TUDU ENTRADAS APLIKAVEL STÁ KONPLETU Y FORMULARIU STÁ ASINADU NA PÁJINA 2.**



**Carney Hospital**

**Pedidu /autorizason di Pasienti pa utiliza y / ô divulga Informason sobri saúdi protejido**

**7) PEDIDU PA SKLUZON:**

Djá N solisita kel/kes seginti(s) admison / vizita(s) pa ser spesifikamenti skluidu di es pedidu \_\_\_\_\_ (spesifika datas di servisu)

**8) RAZON DI DIVULGASON:**

Kuidadu Mediku  Legal  Seguru  Pesoal  Otu \_\_\_\_\_

\* Podi aplikadu taxas

**9) TERMU:** Es autorizason ta fika en vigor duranti un anu ô:

- Até **Carney Hospital** ta konpleta es pedidu.
- A partir di data di es autorizason até \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_
- Até ki siginti iventu kontesi: \_\_\_\_\_
- Otu: \_\_\_\_\_

**10) REVOGASON:** Djá N konprende ki N ta podi revoga es autorizason na kalker momentu atraves di un pedidu **Carney Hospital** pur skritu, na enderesu indikadu di baxu. Revogason ta entra en vigor imediatamenti dipos di **Carney Hospital** resebi nha notifikason skritu. Djá N intendi ki es revogason ka ten kalker efeiu sobri medidas tomadu pur **Carney Hospital** konfiandu na es autorizason antis di resebi nha notifikason di revogason skritu.

**Atenson -Jeston di Informason di Saúdi**

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

**11) EFEITU NA TRATAMENTU / PAGAMENTU/INSKRISON / KUALIFIKASON:** Djá N intendi ki N ta podi rekuza asina es autorizason pamodi kalker motivu y es negason ka ta afeta inisiu, kontinuason ô kualidadi di nha tratamentu, pagamentu, inskrison na planu di saúdi ô kualifikason pa benefisius **Carney Hospital**.

**12) POTENSIAL PA REDIVULGASON:** Djá N intendi ki algen ki ta resebi nha informason di saúdi protejido podi ka stá obrigadu pa kunpri ku leis federal y stadual di Privasidadi, y nha informason di saúdi protejido podi ka stá protejido pa kes leis stadual y federal aplikavel, un vez ki es for divulgadu pa **Carney Hospital**.

**13) ASESU:** Djá N intendi ki na sertus situason **Carney Hospital** ten diretu pa nega asesu totalmenti ô en parti di sertus informason di nha saudi protejido **Carney Hospital** ta notifiká-N, pur skritu di kes rekuza.

Djá N lê y konprende termus di es autorizason y N tevi oportunitadi di fazi perguntas di utilizason y/ô divulgason di nha informason di saúdi. Ku nha asinatura la di baxu, N ta autoriza, konsienti y voluntariamenti, **Carney Hospital** pa uza y / ô divulga nha informason di saudi di manera diskritu di riba.

14) \_\_\_\_\_  
Asinatura di Pasient \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Nomi skritu ku klareza di Pasienti \_\_\_\_\_  
Testimunha \_\_\_\_\_

For Office Use:  
 I.D Verification \_\_\_\_\_

Asinatura di reprezentanti autorizadu di doenti. Si Pasienti é minor di idadi ô ka ta podi asina es autorizason:

15) \_\_\_\_\_  
Asinatura di un Representanti \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Nomi skritu ku klareza di Representanti di Pasienti \_\_\_\_\_  
Relason ku pasienti ô autoridadi pa aji en representason di pasienti \_\_\_\_\_

**Perguntas sobri divulgason ten ki ser mandadu pa director di ospital HIM.**

**For Office Use:**

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

**IMPORTANTI: ES AUTORIZASON KA É VALIDU ANAUN SER SI TUDU ENTRADAS APLIKAVEL STÁ KONPLETU Y FORMULARIU STÁ ASINADU NA PÁJINA 2.**

Signature of Personnel Completing Request \_\_\_\_\_ Print Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

