

# Tempe St. Luke's Hospital

A STEWARD FAMILY HOSPITAL

1500 S. Mill Avenue  
Tempe, AZ 85281  
480-784-5500



## Tempe St. Luke's 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 Tempe St. Luke's 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 Tempe St. Luke's Hospital por escrito, no endereço listado abaixo. A revogação entrará em vigor imediatamente após Tempe St. Luke's Hospital receber a minha notificação por escrito. Compreendo que a revogação não terá qualquer efeito sobre qualquer ação que o Tempe St. Luke's Hospital tenha tomado baseado nesta Autorização antes de receber a minha notificação de revogação por escrito.

#### Atenção Gestão de Informação em Saúde

Tempe St. Luke's Hospital

1500 South Mill Avenue,  
Tempe, AZ 85281

**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 Tempe St. Luke's 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 Tempe St. Luke's Hospital.

**13) ACESSO:** Compreendo que, em certas circunstâncias, Tempe St. Luke's Hospital tem o direito de me negar o acesso a todas ou partes das minhas Informações Protegidas de Saúde. Tempe St. Luke's 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 Tempe St. Luke's Hospital a usar e/ou divulgar as minhas informações de saúde da maneira descrita acima.

14) \_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Pessoal \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

15) \_\_\_\_\_  
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

