

# Saint Anne's Hospital

A STEWARD FAMILY HOSPITAL



## SAINT ANNE'S HOSPITAL

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

Processo clínico # \_\_\_\_\_

Eu, por meio deste, autorizo (HOSPITAL NAME) 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) \_\_\_\_\_

Cidade

Estado

Código Postal

Telefone # \_\_\_\_\_

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) REGISTOS/RELATÓRIO(S) ESPECÍFICOS A DIVULGAR:

- Histórico de admissão e Exames Físicos  Resultados de exames Laboratoriais  Serviços de reabilitação (PT [Fisioterapia], OT [Terapia Ocupacional], Terapia de Fala)
- Resumo da Alta  Relatórios de imagens (especifique CT [Tomografia Computadorizada], X-Ray [Raio X], MRI [Ressonância Magnética])  Outro (especifique) \_\_\_\_\_
- Consulta  Relatórios de patologia \_\_\_\_\_
- Serviço de urgência  Relatórios de EKG [Eletrocardiograma]  Notas da cirurgia \_\_\_\_\_

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

Liberação	Assinatura	Liberação	Assinatura
<input type="checkbox"/> Documentação do prestador de cuidados de saúde mental / comportamental *		<input type="checkbox"/> Testes Genéticos / Resultados de testes* <input type="checkbox"/> e / ou Abuso de substâncias	
<input type="checkbox"/> Resultados do teste de triagem de HIV / SIDA		<input type="checkbox"/> Álcool*** <input type="checkbox"/> Tratamento***	
<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



\* S C A - R O I \*

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)  
SHC\_ROI\_14000 01/2022 Page 1 of 2 Orig. MR-998P (2-2022) Revised 7-2022

## SAINT ANNE'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 **SAINT ANNE'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 **SAINT ANNE'S HOSPITAL** por escrito, no endereço listado abaixo. A revogação entrará em vigor imediatamente após **SAINT ANNE'S HOSPITAL** receber a minha notificação por escrito. Compreendo que a revogação não terá qualquer efeito sobre qualquer ação que o **SAINT ANNE'S HOSPITAL** tenha tomado baseado nesta Autorização antes de receber a minha notificação de revogação por escrito.

#### Atenção Gestão de Informação em Saúde

#### SAINT ANNE'S HOSPITAL

Inserir o endereço

Inserir o endereço

**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 **SAINT ANNE'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 **SAINT ANNE'S HOSPITAL**.

**13) ACESSO:** Compreendo que, em certas circunstâncias, **SAINT ANNE'S HOSPITAL** tem o direito de me negar o acesso a todas ou partes das minhas Informações Protegidas de Saúde **SAINT ANNE'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 **SAINT ANNE'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:

Request processed on (date) \_\_\_\_\_ (time) \_\_\_\_\_ (Signature) \_\_\_\_\_

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



\* S C A - R O I \*