



**MORTON HOSPITAL**

**Pedido de Paciente / Autorização de Uso e/ou Divulgação de Informações de Saúde Protegidas**

Prontuário # \_\_\_\_\_

Autorizo o Morton Hospital a usar e/ou divulgar as Informações de Saúde Protegidas especificadas abaixo dos meus registros médicos:

**1) Nome do PACIENTE:** (Por favor, imprima \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Rua \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Telefone(s) de contato: \_\_\_\_\_  
E-mail: (Se aplicável) \_\_\_\_\_

**2) INFORMAÇÕES A DIVULGAR:**  
Nome da pessoa ou da instalação (por favor, imprima) \_\_\_\_\_  
Endereço (por favor imprima) \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
E-mail: (se aplicável) \_\_\_\_\_

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

- 3) Método de entrega preferido –**
- Email
  - Correio postal para o endereço no #2 acima
  - Recolha presencial

**4) Datas de tratamento de:** \_\_\_\_\_ **Para:** \_\_\_\_\_

**5) REGISTROS/RELATÓRIOS ESPECÍFICOS A SEREM DIVULGADOS:**

- Histórico de Admissão e Físico
- Resultados Laboratoriais
- Serviços de reabilitação (PT, OT, Speech)
- Resumo da quitação
- Relatórios de imagem (especificar TC, raio-X, ressonância magnética)
- Consulta
- Relatórios de patologia
- Outros (ser específico)
- Emergência
- Notas Operatórias
- EKG Reports

**6) LIBERAÇÃO RESTRITA:** Não divulgaremos a seguinte documentação, a **menos que** você marque a caixa e forneça uma assinatura adicional:

Lançamento	Assinatura	Lançamento	Assinatura
<input type="checkbox"/> Documentação do Provedor de Saúde Mental/Comportamental*		<input type="checkbox"/> Testes genéticos/resultados de testes*	
<input type="checkbox"/> Resultados do teste de rastreio HIB/SIDA		<input type="checkbox"/> Tratamento do álcool e/ou <input type="checkbox"/> Abuso de Substâncias	
<input type="checkbox"/> Comunicação confidencial com assistente social		<input type="checkbox"/> Abuso e negligência de crianças/idosos	
<input type="checkbox"/> Aconselhamento sobre Vítimas de Violação/Agressão Sexual		<input type="checkbox"/> Aconselhamento de Vítimas de Violência Doméstica	
<input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis			

\* Esta autorização não é válida para uso ou divulgação de notas psicoterapêuticas

\*\*O termo "teste genético" significa apenas os testes que determinam suas chances futuras de desenvolver uma doença, não o teste feito para diagnosticar uma condição ou problema

Apenas aplicável a registros que sejam criados por um "indivíduo ou entidade que se apresente como fornecendo diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de abuso de álcool ou drogas". (42 CFR Parte 2) Não é necessário para registros criados ou mantidos por uma instalação médica geral>

**IMPORTANTE: ESTA AUTORIZAÇÃO NÃO É VÁLIDA A MENOS QUE TODAS AS ENTRADAS APLICÁVEIS SEJAM PREENCHIDAS E O FORMULÁRIO SEJA ASSINADO NA PÁGINA 2**

# MORTON HOSPITAL

## Pedido de Paciente / Autorização de Uso e/ou Divulgação de Informações de Saúde Protegidas

### 7) PEDIDO DE EXCLUSÃO:

Solicito que a(s) seguinte(s) admissão/visita(s) seja(m) especificamente excluída(s) do pedido \_\_\_\_\_ (especificar datas de serviço)

### 8) FINALIDADE DA DIVULGAÇÃO:

Cuidados médicos       Avisos legais       Seguros       Pessoal       Outros: \_\_\_\_\_

### 9) VIGÊNCIA : Esta Autorização permanecerá em vigor por um ano ou:

- Até que o Hospital Morton atenda a esse pedido.  
 Forme a data desta Autorização até o dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_  
 Até ocorrer o seguinte evento: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

### 10) REVOGAÇÃO: Entendo que posso revogar esta Autorização a qualquer momento, solicitando-a ao Hospital Morton, por escrito, no endereço abaixo indicado.

A revogação entrará em vigor imediatamente após o Hospital Morton receber a minha notificação por escrito. Entendo que a revogação não terá qualquer efeito sobre qualquer ação tomada pelo Hospital Morton com base nesta Autorização antes de receber minha notificação por escrito de revogação.

### Attention Health Information Management

Morton Hospital  
Rua Washington, 88  
Taunton, MA. 02780

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

### 12) POTENCIAL REDIVULGAÇÃO FO: Eu entendo que a pessoa que recebe minhas Informações de Saúde Protegidas não é obrigada a cumprir as leis federais e estaduais de privacidade, e minhas Informações de Saúde de Proteção não podem mais ser protegidas pelas leis estaduais e federais aplicáveis uma vez que são divulgadas pelo Hospital Morton.

### 13) ACESSO: Eu entendo que, em certas circunstâncias, Morton Hospital tinha o direito de me negar acesso a todas ou partes das minhas Informações de Saúde Protegidas Hospital Morton me notificará por escrito de tais recusas.

Li e entendo 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, autorizo, consciente e voluntariamente, o Hospital Morton a usar e/ou divulgar minhas informações de saúde da maneira descrita acima.

14) \_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente Dados

Nome impresso da testemunha \_\_\_\_\_ do paciente

For Office Use:

I.D. Verification \_\_\_\_\_

Assinatura de representante autorizado do paciente, se o paciente for menor de idade ou não puder assinar esta Autorização:

15) \_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Pessoal Pessoal Dados

Nome impresso do representante do paciente \_\_\_\_\_

16) \_\_\_\_\_  
Relação com o paciente ou autoridade para agir para o paciente

Dúvidas sobre a liberação devem ser direcionadas ao diretor do hospital HIM.

### 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 TODAS AS ENTRADAS APLICÁVEIS SEJAM PREENCHIDAS, UM FORMULÁRIO É ASSINADO NA PÁGINA 2

Assinatura do pessoal que preenche o pedido

Nome de impressão

Data

Hora

