

# St. Luke's Behavioral Health Center

A STEWARD FAMILY HOSPITAL

1800 E. Van Buren Street  
Phoenix, AZ 85006  
602-251-8535



## St. Luke's Behavioral Health Center

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

Solicitação preenchida por \_\_\_\_\_ (inicial da equipa) Processo clínico # \_\_\_\_\_

Eu, por meio deste, autorizo **St. Luke's Behavioral Health Center** 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) Dados 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*** 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



\* S C A - R O I \*