

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

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

Atenção Gestão de Informação em Saúde

St. Luke's Behavioral Health Center

1800 East Van Buren Street,

Phoenix, AZ 85006

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 St. Luke's Behavioral Health Center.

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 St. Luke's Behavioral Health Center.

13) ACESSO: Compreendo que, em certas circunstâncias, St. Luke's Behavioral Health Center tem o direito de me negar o acesso a todas ou partes das minhas Informações Protegidas de Saúde St. Luke's Behavioral Health Center 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 St. Luke's Behavioral Health Center 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



Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information (HIM 44)

BHC_ROI_14000PT 01/2022 Page 2 of 2 Original Medical Record

* S C A _ R O I *