

**AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES  
DE SAÚDE PROTEGIDAS OU PRIVILEGIADAS**

Favor escrever todas as informações de forma clara, para que o seu pedido s

**A. INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**Nº DO REGISTRO MÉDICO DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA:** \_\_\_\_\_ **Nº DO APTO:** \_\_\_\_\_

**CIDADE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**Nº DO TELEFONE PARA CONTATO: DIA:** ( ) \_\_\_\_\_ **NOITE:** ( ) \_\_\_\_\_

**B. PERMISSÃO PARA COMPARTILHAR:** Dou a minha permissão para que minhas informações de saúde protegidas sejam compartilhadas. Especifique de onde você gostaria que as informações fossem enviadas e para quem você gostaria que fossem enviadas.

**DE: (por exemplo, hospital, clínica ou nome do provedor):**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_

**FINALIDADE:** (assinale a opção apropriada)

- Cuidados médicos     Pessoal\*  
 Seguro\*     Escola  
 Assunto jurídico\*     Outra (especifique)\* \_\_\_\_\_

\* Sujeito a taxas de cópia.

**PARA: (para quem você gostaria que as informações fossem enviadas):**

- Marque aqui se os registros devem ser enviados para o paciente no endereço acima (seção A), caso contrário, preencha as informações abaixo para indicar para onde você gostaria que as informações fossem enviadas:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Número de telefone: \_\_\_\_\_

**ENVIAR POR:**

- Partners Patient Partners (se disponível)  
 E-mail seguro (fornecer o endereço de e-mail abaixo)  
 Endereço de e-mail do paciente: \_\_\_\_\_  
 Enviar cópia impressa por correio  
 Fax (fornecer o número de fax): \_\_\_\_\_

**C. INFORMAÇÕES A SEREM LIBERADAS** (marque todas as opções aplicáveis e especifique as datas):

Resumo/datas dos registros médicos \_\_\_\_\_  
(por exemplo, histórico e exames físicos, relatório de operações, consultas, relatórios de exames, resumo de altas)

Anotações/datas de consultas clínicas \_\_\_\_\_

Resumo/datas das altas \_\_\_\_\_

Relatórios/datas de exames de laboratório \_\_\_\_\_

Relatórios/datas de operações \_\_\_\_\_

Relatórios/datas de patologia \_\_\_\_\_

Relatórios/datas de radiações \_\_\_\_\_

Relatórios/datas de radiologia \_\_\_\_\_

Fotografias/datas (sujeito a custos adicionais) \_\_\_\_\_

Registros/datas de faturas \_\_\_\_\_

Outras (especificar abaixo e incluir as datas) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS OU PRIVILEGIADAS

**D. Marque SIM para indicar que você dá permissão para liberar as seguintes informações se constarem nos seus registros:**

- Sim **Resultados de testes de HIV** (AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE NECESSÁRIA PARA CADA SOLICITAÇÃO DE LIBERAÇÃO.)  
**ESPECIFICAR AS DATAS** \_\_\_\_\_
- Sim **Resultados de testes de triagem genética (ESPECIFICAR O TIPO DE TESTE)** \_\_\_\_\_
- Sim **Registros de abuso de álcool e drogas** protegidos pela Parte 2 do CFR 42, Regras Federais de Confidencialidade (REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO ADICIONAL DESTAS INFORMAÇÕES, A MENOS QUE A DIVULGAÇÃO ADICIONAL SEJA EXPRESSAMENTE PERMITIDA POR CONSENTIMENTO POR ESCRITO DA PESSOA A QUEM PERTENCEM OU CONFORME PERMITIDO PELA PARTE 2 DO CFR 42.) Este consentimento pode ser revogado mediante solicitação oral ou por escrito.
- Sim **Outra(s):** Favor descrever \_\_\_\_\_
- Sim Detalhes de diagnósticos de saúde mental e/ou tratamentos fornecidos por um psiquiatra, psicólogo, enfermeiro(a) clínico(a) especialista em saúde mental ou médico de saúde mental licenciado (LMHC) (*entendo que a minha permissão pode não ser necessária para liberar meus registros de saúde mental para fins de pagamento*)
- Sim Comunicações confidenciais com um(a) assistente social licenciado(a)
- Sim Detalhes de aconselhamento a vítimas de violência doméstica
- Sim Detalhes de aconselhamento a vítimas de violência sexual

**E. Compreendo e concordo que:**

- O Partners HealthCare System (PHS) não tem como controlar como o destinatário usa ou compartilha as informações, e que as leis que protegem sua confidencialidade no PHS podem ou não proteger essas informações depois de serem liberadas ao destinatário.
- Esta autorização é voluntária.
- Meu tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou direito aos benefícios não serão afetados se eu não assinar este formulário.
- Posso cancelar esta autorização a qualquer momento mediante apresentação de uma solicitação por escrito ao departamento ou escritório onde a apresentei originalmente, salvo:
  - o se o PHS já as utilizou (por exemplo, assim que as informações são liberadas, não serão recuperadas).
  - o se assinei esta autorização como condição para a obtenção de seguro, outras leis podem fornecer à seguradora o direito de contestar um sinistro ao abrigo da apólice ou a própria apólice.
- Esta autorização expirará automaticamente **6 meses depois da data de assinatura**, a menos que especificado de outra forma.
- Entendo que se a Partners mantiver qualquer um dos meus registros de provedores externos, estes não serão liberados a menos que eu solicite especificamente em "Outras" na seção C. Favor incluir o nome da entidade, provedor e datas específicas, se souber.
- Minhas dúvidas sobre este formulário de autorização foram esclarecidas.

► **Assinatura do paciente:** \_\_\_\_\_

► **Data:** \_\_\_\_\_

► **Nome em letra de imprensa:** \_\_\_\_\_

Quando o paciente for menor de idade, ou não tiver competência para dar consentimento, é necessária a assinatura de um dos pais, tutor ou outro representante legal.

**Assinatura do representante legal:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Nome em letra de imprensa:** \_\_\_\_\_ **Relação do representante com o paciente:** \_\_\_\_\_

For Internal Use Only

Information Released/Reviewed By: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Clinic/Office: \_\_\_\_\_

Pick-up Identification:

\_\_\_\_\_ License \_\_\_\_\_ State ID \_\_\_\_\_ Passport \_\_\_\_\_ Other Photo ID \_\_\_\_\_