Island Health Care
A FEDERALLY QUALIFIED COMMUNITY HEALTH CENTER

AUTORIZAÇÃO PARA SOLICITAR E/OU DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE

245 VINEYARD HAVEN ROAD. EDGARTOWN, MA. 02539
TEL: 508-939-9358, FAX: 508-939-8644

Nome do Paciente:_____Data de Nascimento:_____MRN# _____

Endereço: _____

Telefone:_____Email: _____

Dou permissão à Instituição abaixo para divulger as seguintes informações se estiverem presentes em meu record

Seção 1. Liberação de informacao: O indivíduo ou organização abaixo pode divulgar minhas informações de saúde ao destinatário indentificado próxima seção número 2	**Seção 2. Liberadas para**: – As informações identificadas abaixo podem ser divulgadas para o(s) seguinte(s) indivíduo(s) ou organização(ões):
Nome: _____ Endereço: _____ _____ Telefone: _____ Fax: _____	Nome: _____ Endereço: _____ _____ Telefone: _____ Fax: _____ Endereço Mass Hiway Direct (se houver): _____

Seção 3. Especifique o tipo de informação a ser usada ou divulgada com o prazo especificado (exemplo 2020-2022). (marque a(s) caixa(s) apropriada(s) e inclua outras informações onde indicado:

Tipo de informação (Registros Médicos)	**Data de validade**	**Tipo de informação (Registros de Saúde Comportamental)**	**Data de Validade**
☐ Todo o record (todas as informações		☐ Todo o record (todas as informações)	
☐ anotações das consultas /Plano de cuidados		☐ anotações das consultas diagnóstico, avaliação, plano de tratamento	
☐ Medicamentos		☐ Medicamentos	
☐ Llista de problemas		☐ Lista dos problemas	
☐ Records de vacina		☐ Resumo da alta do programa	
☐ Notas das consultas com especialistas		☐ Avaliações sociais, educacionais, familiares, de emprego e outras, folha de admissão, serviço individual ou familiar ou plano educacional, alcance de metas	
☐ Todos os diagnósticos (lab, raio -X, etc.)			
☐ Resultados de mamografia		☐ Outros: (Descreva o mais detalhadamente possível)	
☐ Resultado do preventivo(Papanicolau)			
☐ Resultado deColonoscopia			
☐ Recordes hospitalares (resumo de alta , Recordes da emergencia, etc.)			
☐ Outros: (Descreva o mais detalhadamente possível)			

Seção 4. Finalidade de uso/divulgação - As informações descritas na página anterior serão utilizadas para a(s) seguinte(s) finalidade(s)

☐ Recorde pessoal

☐ Auto encaminhamento

☐ Fins Legais

☐ Continuidade de tratamento (compartilhar com outros profissionais de saúde em formato verbal e/ou escrito, conforme necessário)

☐ Outros (por favor especifique): (ex: mudanças de seguro; disponibilidade de horários; mudança)

☐ mudança de prestador de cuidados primários * Qual é o motivo da mudança?

_____

Continua na pagina 2

Island Health Care
A FEDERALLY QUALIFIED COMMUNITY HEALTH CENTER

AUTORIZAÇÃO PARA SOLICITAR E/OU DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Por favor, leia com atenção: Marque abaixo para dar permissão para divulgar esta informação, se presente em seu registro:

☐ Informações sobre HIV/AIDS (necessária autorização do paciente para cada solicitação de liberação)

☐ Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)

☐ Registros de abuso de álcool e drogas protegidos pelas regras de confidencialidade federal 42 CFR parte 2. (As regras federais proíbem qualquer divulgação adicional dessas informações, a menos que a divulgação adicional seja expressamente permitida por consentimento por escrito da pessoa a quem pertence ou conforme permitido por 42 CFR parte 2). Este consentimento pode ser revogado mediante solicitação por escrito.

☐ Detalhes do diagnóstico e/ou tratamento de saúde mental fornecidos por um psiquiatra, enfermeira especialista em saúde mental ou clínica de saúde mental licenciada. (Entendo que minha permissão pode não ser necessária para liberar meus registros de saúde mental para fins de pagamento)

☐ Comunicações confidenciais com um assistente social licenciado.

☐ Detalhes do aconselhamento de vítimas de violência doméstica

☐ Detalhes do aconselhamento sobre abuso sexual

☐ Nenhuma das anteriores

Declarações/assinaturas de autorização:

1. Entendo que, uma vez divulgadas as informações acima, elas poderão ser divulgadas novamente pelo destinatário e a regra de privacidade da HIPAA não será mais protegida pela Island Health Care.
2. Entendo que a I Instituição não condicionará a prestação de tratamento ou pagamento à concessão desta autorização. Meu tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou elegibilidade para benefícios não serão afetados se eu não assinar este formulário
3. Entendo que tenho o direito de revogar esta autorização a qualquer momento. Entendo que, se eu revogar esta autorização, devo fazê-lo por escrito e apresentar minha revogação por escrito a um funcionário licenciado da Instituição. Entendo que a revogação não se aplica a informações que já foram divulgadas em resposta a esta autorização.
4. . Entendo que minha revogação não se aplicará à minha companhia de seguros quando a lei conceder à minha seguradora o direito de contestar uma reivindicação de acordo com minha apólice.
5. Esta autorização é válida para Informações de Saúde Protegidas:
   ☐ Divulgacao única que expira em 60 dias ☐ A divulgação continua que expira mediante revogação por escrito
   ☐ Expira em 1 ano ☐ Expira em 2 anos ☐ Expira no dia (especifique): _____
6. Como você gostaria de receber os recordes?
   ☐ Papel ☐ CD
   ☐ Fax
7. Eu li cuidadosamente e compreendi o acima, tive todas as perguntas respondidas de maneira satisfatória, e autorizo expressamente e voluntariamente a divulgação das informações acima sobre/para registros médicos de minha condição ao destinatário.

Assinatura do Paciente ou Representante _____ Data de Efetivação _____

Nome em Letra de Forma _____

_____

Titulo do Representante Pessoal (por exemplo, Guardião, Executor de Propriedade, Procuração de Cuidados de Saúde

**Além da assinatura do paciente, uma cópia de uma documento legal verificando o representante pessoal do paciente DEVE acompanhar a solicitação. Exceção: pais ou responsáveis autorizados a assinar por paciente menor de 18 anos.*

For Internal Use Only

Data de recebeimento :_____Recebido por: ☐ Correio ☐ email ☐ Entrega em pessoa.

Datea de liberação:_____Information released/ reviewed by: _____

Records sent by: ☐ Mail ☐ Fax ☐ Picked up in person ☐ Messagem direta

Revogação

Data de Revogacao: _____

Iniciais do Privacy Official _____