

**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 # \_\_\_\_\_  
Mês /Dia /Ano

Endereço: \_\_\_\_\_

Nome da estabelecimento (obtido de): \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Autorizo a divulgação das seguintes informações, se presentes no meu registro:

1. Tipo de informação: O tipo de informação a ser usado ou divulgado é o seguinte (marque o (s) círculo (s) apropriado (s) e inclua outras informações onde indicado):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> O registro médico inteiro (todas as informações)     | <input type="checkbox"/> Registros hospitalares (resumo da alta, registros de emergência, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Notas de visita à clínica / Plano de Assistência     | <input type="checkbox"/> Registros de medicamentos e tratamentos                                |
| <input type="checkbox"/> Notas das consultas medicas                          | <input type="checkbox"/> Outros:  |
| <input type="checkbox"/> Relatórios de diagnóstico (laboratório, raio-x etc.) | (descreva o mais com detalhes possível)   |

**Leia com muita atenção: Confira abaixo para dar permissão para divulgar essas informações, se presentes em seu registro:**

- Informações sobre HIV / AIDS (é necessária autorização do paciente para cada solicitação de liberação)
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
- Registros de abuso de álcool e drogas protegidos pelas regras federais de confidencialidade 42 CFR parte 2. (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 pelo 42 CFR parte 2). Esteo consentimento pode ser revogado mediante solicitação por escrito.
- Detalhes do diagnóstico e / ou tratamento em saúde mental fornecidos por um psiquiatra da Clínica de Saúde Mental Especialista em Enfermagem ou Clínico em Saúde Mental Licenciado. (Entendo que minha permissão pode não ser necessário para liberar meus registros de saúde mental para fins de pagamento)
- Comunicações confidenciais com um assistente social licenciado
- Detalhes do aconselhamento das vítimas de violência doméstica
- Detalhes do aconselhamento sobre agressão sexual
- Nenhuma das opções acima

2. Destinatário da informação - As informações identificadas acima podem ser divulgadas ao (s) seguinte (s) indivíduo (s) ou organização (s)

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

Instalação: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Endereço direto da Hiway em massa (se houver):  
\_\_\_\_\_

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO PARA SOLICITAR E / OU DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE

#### 3. Finalidade de uso / divulgação - Essas informações descritas na página anterior serão usadas para os seguintes fins:

- Meus registros pessoais
- Compartilhamento com familiares e amigos (nomeado na frente)
- Auto-encaminhamento
- Finalidades legais
- Mudança de provedor de cuidados primários
- \* Qual é o motivo da mudança? \_\_\_\_\_
- Continuidade do Cuidado (Compartilhando com outros profissionais de saúde)  
prestadores de cuidados, conforme necessário)
- Outros (descreva):  
(ex: alterações de seguro; disponibilidade de consultas; mudança) \_\_\_\_\_

#### Declarações / assinaturas de autorização:

4. 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 pelo Island Health Care.
5. Entendo que a organização não condicionará o fornecimento de tratamento ou pagamento ao fornecimento desta autorização. Meu tratamento, pagamento, inscrição em plano de saúde ou elegibilidade para benefícios não serão afetados se eu não assinar este formulário.
6. Entendo que tenho o direito de revogar esta autorização a qualquer momento. Entendo que, se revogar esta autorização, devo fazê-lo por escrito e apresentar minha revogação por escrito a um funcionário licenciado da Instalação. Entendo que a revogação não se aplicará a informações que já foram liberadas em resposta a esta autorização.
7. 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.
8. Esta autorização é válida para informações de saúde protegidas:
  - Uma divulgação única expira em 60 dias
  - A divulgação contínua expira após a revogação por escrito.
  - Expira em 1 ano
  - Expira em 2 anos
  - Expira na data (especifique): \_\_\_\_\_  
Mês /Dia /Ano
9. Como você gostaria de receber registros?
  - Papel (US \$ 0,15 por página + postagem, se necessário, enviado por correio)
  - CD (US \$ 7,00 por taxa fixa)
  - Fax (US \$ 0,15 por página)
  - Transferência eletrônica gratuita via "Mass Hiway Direct Messaging" (disponível apenas para destinatários com acesso direto ativo Endereço. Confirme com o destinatário antes de selecionar esta opção)
10. Li e compreendi cuidadosamente o exposto acima, tive minhas perguntas respondidas perguntas para minha satisfação e autorizo aqui expressa e voluntariamente a divulgação das informações acima sobre / para registros médicos da minha condição ao destinatário.

Assinatura da Data Efetiva do Paciente ou do Representante Pessoal

Data efetiva Mês /Dia /Ano

Nome em letra de forma

Título do representante pessoal (por exemplo, responsável, executor imobiliário, procuração de assistência médica)

\* Se outra pessoa alien do paciente assienar, esse documento em comprovante de autorizaçã legal dire se apresentado no momento da solicitação.

#### Apenas para uso interno

Data da solicitação de recebimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Recebido por:  E-mail  e-mail  Entregue pessoalmente  
Data da liberação: \_\_\_\_\_ Informações divulgadas / revisadas por: \_\_\_\_\_  
Registros enviados por:  Correio  Fax  Retira do pessoalmente  Mensagens diretas

Revogação

Data de revogação: \_\_\_\_\_

Iniciais da Privacidade

Oficial \_\_\_\_\_