

**ISLAND HEALTH CARE**  
**AUTORIZAÇÃO GERAL PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES MÉDICAS CONFIDENCIAIS**

Nome do paciente \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº do registro medico \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_ autorizo a utilização ou divulgação de informações médicas protegidas do paciente citado acima para:

ISLAND HEALTH CARE  
245 Vineyard Haven Road  
P.O Box 9000  
Edgartown, MA 02539  
Telefone: (508) 939-9358 Fax: 508-939-8644

Eu autorizo o uso ou divulgação das seguintes informações (verifique se aplicável):

- Registro inteiro
  - Notas de visita clínica
  - Resultados de exames de laboratório
  - Raio-X e relatórios de imagem
  - Liberação da sala de emergência , resultados de testes, relatório de alta:
- \_\_\_\_\_

Por favor, marque SIM ou NÃO para cada uma das seguintes perguntas para indicar se podemos liberar as informações abaixo (se ele estiver em seu registro médico):

- Resultados do teste de HIV.  
 Sim  Não
  
- Registros de abuso de álcool e drogas protegidas pelo sigilo Federal regra 42 CFR parte 2. Este consentimento pode ser revogado por meio de pedido oral ou escrito.  
 Sim  Não
  
- Detalhes de diagnóstico de Saúde Mental e/ou tratamento fornecido por um psiquiatra, enfermeira especialista em saúde Mental ou Clínico licenciado em saúde Mental.  
 Sim  Não
  
- Comunicações confidenciais com a assistente social licenciada  
 Sim  Não
  
- Detalhes de aconselhamentos domésticos 'Vítimas de Violência'.  
 Sim  Não

- Detalhes de aconselhamentos domésticos 'Abuso Sexual'

Sim  Não

Eu entendo que:

Posso retirar a minha autorização a qualquer momento através da apresentação de um pedido por escrito a Island Health Care.

A autorização pode ser retirada, exceto para o seguinte:

- Na medida em que a ação foi tomada com base nessa autorização.
- Se a autorização for obtida como condição para a obtenção de cobertura de seguro, outras leis fornecem a seguradora o direito de contestar uma reivindicação no âmbito da regra.
- Caso haja recusa para assinar esta autorização, o tratamento, pagamento, inscrição ao plano de saúde, ou elegibilidade para os benefícios não serão afetados.
- As Informações divulgadas sobre esta autorização, se re-divulgadas pelo destinatário, não é mais protegido por Island Health Care.
- Entendo que esta autorização expira automaticamente em 6 meses, a não ser que haja alguma solicitação do paciente \_\_\_\_\_ .

Li e concordo com as informações acima, tive minhas dúvidas esclarecidas, e neste documento de forma explícita e voluntariamente autorizo a divulgação das informações acima para registros médicos de minha condições as Island Health Care.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente / Representante Pessoal do Paciente

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data da Assinatura