

ISLAND HEALTH CARE
AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Island Health Care
245 Vineyard Haven Road
Edgartown, MA 02539

Tel.: 508-939-9358
Fax: 508-939-8644

Nome:

Data de nascimento: ____/____/____

Motivo para divulgação de informações médicas:

(A razão para a divulgação deve ser concluída antes do processamento.)

Liberar informações médicas para:

Eu Autorizo Island Health Care a liberar as informações de saúde indicado abaixo que está contido nos meus registros de pacientes para o destinatário acima mencionado. Eu entendo que isso pode incluir o tratamento para doenças físicas e mentais, abuso de álcool / drogas e ou resultados de testes de HIV / AIDS ou diagnósticos.

Esta autorização está sujeita a renovação, a qualquer momento, exceto na medida em que a ação tenha sido dada. Esta autorização de consentimento expira em 60 (sessenta) dias a partir da data de autorização por escrito abaixo. Eu entendo que o destinatário de minhas informações de saúde poderá ser cobrado para o serviço de liberação de informações médicas. Seus cuidados de saúde (ou pagamento de cuidado) não serão afetados por ter ou não assinado esta autorização. Uma vez que sua informação de saúde é liberada, o re-divulgamento de suas informações de saúde pelo destinatário já não podem ser protegidos por lei.

Assinatura do Paciente / Representante Pessoal do Paciente

____/____/____
Data

* Se outra pessoa diferente do representante do paciente (guardião designado pelo tribunal, com procuração durável para cuidados de saúde) assinar, será necessário uma cópia da documentação legal verificando a sua autenticidade para acompanhar o pedido.

Isenção: assinatura dos pais para o paciente com idade inferior a 18 anos.