



FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

Mail or Fax To:
Release of Information
121 Inner Belt Road, Room 240
Somerville, MA 02143-4453
Phone: 617-726-2361
Fax: 617-726-3661

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

Favor escrever todas as informações de forma clara, para que o seu pedido seja processado em tempo hábil.

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) _____



FUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

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 _____