

AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Página 1 de 2

- Community Healthlink
 HealthAlliance-Clinton Hospital
 Harrington Hospital
 UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial Medical Group | Location: _____
 Harrington Physicians | Location: _____

Por favor, preencha todas as informações de forma legível para que sua solicitação seja processada dentro do prazo.

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____
 Data de Nascimento: _____ N° do Pront. Médico: _____
 Endereço: _____ Cx. P. / Apt. n° / Sl: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Tel. #: _____

Autorizo, por meio deste, a entidade selecionada acima, seus funcionários e/ou representantes, a (SELECIONE UMA OPÇÃO):

- Solicitar e receber** informações do profissional/organização de saúde especificado abaixo.
 Divulgar informações do prontuário médico do paciente acima identificado ao destinatário especificado abaixo.
 Marque aqui se os registros devem ser enviados pelo correio ao paciente no endereço acima. Caso contrário, preencha as informações abaixo:

Nome: _____
 Endereço: _____ Cx. P. / Apt. n° / Sl: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Tel. #: _____

O OBJETIVO DA DIVULGAÇÃO DESTAS INFORMAÇÕES É PARA:

- Consulta com Especialista
 Advogado/Caso Legal
 Comunicações verbais
 Transferência de Cuidados para Novo Prestador
 Solicitação/Reclamação de Benefício por Incapacidade/Seguro
 Uso Pessoal
 Cuidador
 OUTRO (especifique): _____
 Pré-emprego

POR FAVOR, COMPLETE AS INFORMAÇÕES ABAIXO (Escolha uma opção):

Consulta(s) Individual(is). Por favor, marque Resumo ou Consulta Completa. Sua solicitação incluirá:

- Resumo da Consulta:** Inclui os principais elementos de uma consulta específica, como: laudos, exames diagnósticos (laboratoriais, radiografias, ECGs, testes de função pulmonar), lista de medicações reconciliadas, alergias e relatórios transcritos do profissional de saúde. Um resumo contém as informações mais comumente solicitadas e possui menor custo.
 Consulta Completa: Inclui toda e qualquer documentação relacionada a uma consulta específica. **Por favor, informe a(s) data(s) de atendimento.**

Data(s) De: _____ Até: _____

Serviços Específicos: Se você deseja receber APENAS cópias de serviços específicos, marque APENAS o(s) tipo(s) de relatório(s) desejado(s) e informe a data ou período (em que os serviços foram realizados) na linha abaixo.

Data(s) De: _____ Até: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Laudos de Patologia |
| <input type="checkbox"/> Resumos de Alta | <input type="checkbox"/> Relatórios de Radiologia |
| <input type="checkbox"/> Registros de Atendimento de Urgência/Emergência | <input type="checkbox"/> Imagens de Radiologia |
| <input type="checkbox"/> Registros de Imunização | <input type="checkbox"/> Reabilitação: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia |
| <input type="checkbox"/> Audos de Laboratório (exames de sangue) | <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Anotações de Consultório/Clinica para _____ | <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Relatórios Cirúrgicos/Procedimentos | <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ |

PROTEGIDO POR LEI ESTADUAL OU FEDERAL

Entendo que meu prontuário de saúde pode incluir informações relacionadas à minha saúde mental, uso de álcool/drogas, agressão sexual, doenças sexualmente transmissíveis, aborto, testes genéticos, HIV/AIDS, violência doméstica ou outras informações que eu possa considerar sensíveis. **Você deve marcar a caixa ao lado dos tipos de conteúdo abaixo, caso contrário essas informações NÃO serão divulgadas.**

- Aborto - Formulários de Consentimento ou Ordens Judiciais
 Resultados de Testes de Triagem Genética
 Aconselhamento sobre Agressão Sexual
 Aconselhamento sobre Violência Doméstica
 Resultados de Testes de HIV/AIDS
 Doenças Sexualmente Transmissíveis
 Detalhes do Diagnóstico e/ou Tratamento de Saúde Mental Prestado por Psicólogo, Psiquiatra, Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, Conselheiro Licenciado em Saúde Mental e Assistente Social Licenciado
 Transtorno por Uso de Álcool/Substâncias

Por Favor, Continue no Verso

