UMASS MEMORIAL HEALTH

AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

(PORTUGUESE)

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

SELECIONE TODAS AS ENTIDADES APLICÁVEIS

☐ Community Healthlink
☐ UMass Memorial Medical Center
☐ UMass Memorial Medical Group / Local: _____
☐ HealthAlliance-Clinton Hospital
☐ Harrington Hospital
☐ Harrington Physicians / Local: _____
☐ Milford Regional Medical
☐ Milford Regional Provider Group / Local: _____

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° / SI: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. #: _____

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

☐ Marque aqui para liberar registros para você mesmo.
☐ **Solicitar e receber** informações **do** profissional/organização de saúde especificado abaixo.
☐ **Divulga**r 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° / SI: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. #: _____

O OBJETIVO DA DIVULGAÇÃO DESTAS INFORMAÇÕES É PARA: ☐ Advogado/Caso Legal ☐ Cuidados Continuos ☐ Solicitação/Reclamação de Benefício por Incapacidade/Seguro ☐ Uso Pessoal ☐ Pré-emprego

☐ **OUTRO (especificar):** _____

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

Consulta(s) Individual(is).

Data(s) De: _____ *Até:* _____

☐ **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.***

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:* _____

☐ Consultas	☐ Laudos de Patologia
☐ Resumos de Alta	☐ Relatórios de Radiologia
☐ Registros de Atendimento de Urgência/Emergência	☐ Imagens de Radiologia
☐ Registros de Imnunização	☐ Reabilitação: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia
☐ Audos de Laboratório (exames de sangue)	☐ Outro (especifique):
☐ Anotações de Consultório/Clínica para _____	☐ Outro (especifique):
☐ Relatórios Cirúrgicos/Procedimentos	☐ 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

COMPREENDO QUE:

- Esta autorização é voluntária. Não sou obrigado(a) a assiná-la para garantir o tratamento, a menos que o único objetivo do tratamento seja fornecer informações a terceiros (exemplo: exame de admissão para emprego).
- De acordo com o Aviso Conjunto de Práticas de Informação, tenho o direito de inspecionar ou solicitar cópias do meu prontuário médico. É necessário agendar para inspecionar meu prontuário no local; por favor, entre em contato com o Departamento de Gestão de Informações de Saúde (informações abaixo).
- Toda divulgação implica no risco de redivulgação não autorizada. Eu isento o UMass Memorial Health Care e suas entidades de qualquer responsabilidade legal que possa surgir da divulgação ou redivulgação dessas informações.
- Tenho o direito de revogar esta autorização a qualquer momento, mediante solicitação por escrito ao Departamento de Gestão de Informações de Saúde, no endereço abaixo. A revogação não se aplicará às informações que já tenham sido divulgadas em resposta a esta autorização. A revogação também não se aplicará à minha companhia de seguros quando a legislação garantir à seguradora o direito de contestar uma solicitação conforme a minha apólice.
- Meus registros relacionados ao transtorno por uso de álcool/substâncias podem estar protegidos pelas regulamentações federais que regem a Confidencialidade de Registros de Pacientes com Abuso de Álcool e Drogas, 42 CFR Parte 2, e não podem ser divulgados sem meu consentimento por escrito, a menos que previsto de outra forma nos regulamentos. Também compreendo que posso revogar este consentimento a qualquer momento, exceto na medida em que ações já tenham sido tomadas com base nele, e que, em qualquer caso, este consentimento expirará conforme indicado na seção "Validade da Autorização" abaixo. (Se você não souber se isso se aplica aos seus registros, entre em contato com o consultório do seu profissional de saúde ou com a Linha Direta de Privacidade pelo número 508-334-5551.)

VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO:

Salvo revogação prévia, esta autorização expirará na seguinte data, evento ou condição: _____. Caso eu não especifique uma data, evento ou condição de expiração, esta autorização será válida por no máximo noventa (90) dias a partir da data da assinatura abaixo, exceto quando as regulamentações Federais e/ou Estaduais determinarem um período menor. Nesses casos, prevalecerá o prazo mais curto.

Formato Solicitado para Recebimento dos Registros Médicos

As cópias geralmente estão disponíveis dentro de 10 dias úteis, dependendo dos registros solicitados.

SELECIONE UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:

RETIRADA NO LOCAL	**CORREIO**	**PORTAL DO PACIENTE**	**FAX**	**E-mail**
☐ Cópias em Papel ☐ Flash Drive ☐ CD Local: _____	☐ Cópias em Papel ☐ Flash Drive ☐ CD *Mais de 100 páginas serão padrão em CD*	☐ Quando disponível e somente se o paciente tiver ativado sua conta	☐ Fax: _____ Limite de 50 páginas	☐ Endereço de Email:

TAXA DE CÓPIA: *De acordo com a HIPAA 45 CFR, 164.524, reservamo-nos o direito de cobrar uma taxa razoável baseada no custo para produzir e enviar as cópias. Em nenhum momento as taxas baseadas no custo excederão o que é permitido pela lei de Massachusetts (MGL Capítulo 111; Seção 70).*

*** Se você deseja que outra pessoa (além de você, o paciente) retire seu prontuário médico, por favor forneça o nome e o grau de parentesco/detalhe do relacionamento:**

Nome: _____ Relacionamento: _____

*****É necessário apresentar um documento de identidade com foto ao retirar cópias dos prontuários médicos*****

Eu preenchi todas as seções deste formulário. Li e entendi as declarações acima, e autorizo a divulgação das informações solicitadas no verso deste formulário.

_____	_____	_____
Assinatura do Paciente/Responsável/Representante Legal*	Nome Completo	Data

Relação do assinante com o paciente: _____

****Se estiver assinando como representante legal, também é necessário fornecer a documentação apropriada que comprove essa condição.***

Todas as perguntas e solicitações de registros médicos devem ser enviadas para a unidade correspondente abaixo ou para o consultório médico onde você recebe atendimento.

UMass Memorial-Community Healthlink
C/O Community Healthlink
67 Millbrook Street
Worcester, MA 01606
Tel 508-860-1016
Fax 508-752-1379

UMass Memorial Health
C/O Health Information Management
67 Millbrook Street, Suite 200
Worcester, MA 01606
Tel 508-334-5700 opt. 1
Fax 508-334-9717

**** Uma cópia da autorização preenchida deve ser fornecida ao paciente.****