SOUTHCOAST PHYSICIANS GROUP

## Authorization for Release of Medical Information – SPG (Portuguese)

Autorização para Liberação de Informação Médica - SPG

Por favor complete o formulário todo. O seu Registo Médico não pode ser liberado até que este formulário esteja completo, assinado pelo pai/mãe ou responsável legal e devolvido para este escritório. É possível que tenha de pagar uma conta de processamento com este pedido.

**CONFORME COMPLETA CADA ETAPA DESTE FORMULÁRIO, POR FAVOR PONHA UMA MARCA NO QUADRADO PROVIDENCIADO À ESQUERDA.**
***POR FAVOR IMPRIMA LEGIVELMENTE. ***

| | |
|---|---|
| Etapa 1 Completa ☐ | **ETAPA 1. A Sua Informação:**<br>Paciente: _____ Data de Nascimento: _____<br>Apelido Primeiro<br>Direção:_____<br>Rua Cidade Estado Código Postal |
| Etapa 2 Completa ☐ | **ETAPA 2. Razão para requerer os seus registos médicos ( por favor marque uma opção):**<br>☐ Transferência do Caso ☐ Legal ☐ Seguro<br>☐ Coordenação do Caso<br>☐ Outro (Por favor Explique)_____ |
| Etapa 3 Completa ☐ | **ETAPA 3. Quem tem os registos agora?**<br>Aqui autorizo: _____ DR<br>Direção do Médico: _____<br>_____ |
| Etapa 4 Completa ☐ | **ETAPA 4. Para quem deseja liberar os seus registos?**<br>Para liberar a seguinte informação. Por favor especifique:<br>☐ Todos os Registos OU<br>☐ Datas do<br>Tratamento:_____Para_____Outro_____<br>Libere para:_____ MD/DO<br>Direção:_____<br>_____ |
| Etapa 5 Completa ☐ | **ETAPA 5. A Sua Assinatura:**<br>Esta autorização é válida por 90 dias e poderá ser revogada a qualquer altura por escrito antes da data de vencimento. Autorização adicional para reliberação além do recipiente é requerida.<br>_____ Assinatura do Paciente<br>_____ Assinatura da Testemunha<br>_____ Pais/Responsável Legal |
| Etapa 6 Completa ☐ | **ETAPA 6. Libere Para Informação Sensível:**<br>COMPREENDO QUE SE OS MEUS REGISTOS MÉDICOS CONTÊM INFORMAÇÃO RELATIVA A ABUSO DE ÁLCOOL E/OU DROGA, PSIQUIÁTRICO, DOENÇAS VENÉREAS, SERVIÇOS SOCIAIS, TESTES DE HEPATITE B, E/OU INFORMAÇÃO SENSÍVEL, EU CONCORDO COM A SUA LIBERAÇÃO.<br>_____ Assinatura do Paciente ou Responsável Legal _____ Data |
| Etapa 7 Completa ☐ | **ETAPA 7. Liberação de informação sobre HIV:**<br>ADICIONALMENTE ÀS ASSINATURAS ACIMA, SE QUER OS SEUS TESTES/REGISTO DE TRATAMENTO LIBERADOS DEVERÁ ASSINAR E PÔR A DATA NA LINHA ABAIXO.<br>CONCORDO COM A LIBERAÇÃO DESTA INFORMAÇÃO<br>_____ Assinatura do Paciente ou Responsável Legal _____ Data |


Created: 8/25/15 Reviewed: Revised: Translated: 10/2/15
Form # 1300.1592