



Authorization for Release of Medical Information – SPG Physician’s Practice Records (PORTUGUESE)
Autorização para Libertar a Informação Médica – SPG Registos Clínicos do Médico

Venho por este meio autorizar o Southcoast Health a divulgar a seguinte informação protegida de saúde, dos registos clínicos do paciente abaixo indicado. Compreendo que a informação divulgada conforme esta autorização, pode ser sujeita a uma **redivulgação** pelo destinatário e, neste caso, poderá não estar sujeito à lei estatal ou federal para protecção da sua confidencialidade. Pode haver uma taxa de processamento associada com este pedido. A nossa equipa de Health Information Management pode assisti-lo/a com as suas perguntas através do n° 508-973-3733.

Informação pessoal:

Paciente: _____ Data de nascimento: _____
Apelido Nome

Morada: _____
Rua Cidade Estado Código Postal

Telefone de Casa: _____ Telemóvel: _____

E-Mail: _____

Razão do pedido dos seus registos clínicos (por favor escolher uma opção):

- Transferência de Cuidados Legal Seguro Coordenação de cuidados
 Outra (Por favor Explicar) _____

Quem tem os registos agora? (Incluir pedidos adicionais no verso)

1. Eu autorizo: _____ MD/DO
Morada do Médico: _____

2. Eu autorizo: _____ MD/DO
Morada do Médico: _____

A quem deseja divulgar os seus registos? (Si próprio/a, Seu médico, Outro)

Divulgar as seguintes datas de tratamento: De: _____ Até: _____

Nome do Destinatário:	Nome do Destinatário:
	Fax do Destinatário:
Morada para Correspondência do Destinatário:	E-mail do Destinatário (se aplicável):

A sua Assinatura:

Esta autorização é válida por 1 ano e pode ser revogada em qualquer altura através de um pedido por escrito ao Southcoast, a menos que já tenha sido executada.

Assinatura do Paciente ou do Representante do Paciente Data

Informação Protegida de Saúde

Se a informação nesta secção é referente ao seu tratamento, deve de completar e assinar para que o seu pedido seja processado. Autorizo a divulgação da Informação Protegida de Saúde ao assinalar o seguinte:

- Doença Mental SIDA/VIH Informação ou Resultado do Teste Testes Genéticos Droga ou Resultados do Teste
 Alcool ou Resultados do Teste Abuso Físico ou Sexual Doença Socialmente Transmissível/ Resultados do Teste

Assinatura do Paciente ou do Representante do Paciente Data

Imprimir o Nome do Paciente ou do Representante do Paciente Relação com o Paciente ou Autoridade para Actuar pelo Paciente

Marcar um: Formato do Registo: Cópias em papel CD/DVD Electrónico (PDF)
Marcar um: Modo de Envio: Envio pelo correio US Mail E-mail Levantamento (marcar um): St. Luke’s Charlton Tobey

Aviso: As comunicações por Email podem não ser seguras e podem ser potencialmente lidas por terceiros.



Authorization for Release of Medical Information – SPG Physician’s Practice Records (PORTUGUESE)
Autorização para Libertar a Informação Médica – SPG Registos Clínicos do Médico

Quem tem os registos agora?

3. Eu autorizo: _____ MD/DO

Morada do Médico: _____

4. Eu autorizo: _____ MD/DO

Morada do Médico: _____

5. Eu autorizo: _____ MD/DO

Morada do Médico: _____