



AUTHORELPHI



AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE PROTEGIDA – SHG
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION – SHG (PORTUGUESE)

Eu, por este meio, dou a minha autorização ao Southcoast Hospitals Group para divulgar as seguintes informações de saúde protegida do arquivo médico do paciente abaixo indicado. Compreendo que de acordo com esta autorização, a informação revelada poderá estar sujeita a ser divulgada outra vez pelo recetor e, se assim for, a sua confidencialidade poderá não estar sujeita à proteção pela lei federal ou estadual. Se tiver alguma pergunta relacionada com este formulário, por favor chame 508-973-3733.

Nome do Paciente: _____ **Data de Nascimento:** _____

Endereço: _____
Rua Cidade Estado Código Postal

Telefone de Casa: _____ Telefone Alternativo: _____ Correio Electrónico: _____

Divulgar a Informação para: _____

Endereço: _____
Rua Cidade Estado Código Postal

Divulgue a seguinte informação para as datas de tratamento de: _____ **a** _____

- Abstracto Sumário de Alta Consulta Relatório Cirúrgico Historial & Físico EKG
- Relatórios de Emergência Relatórios de Serviços Ambulatoriais Exames de Laboratório Relatórios Radiológicos
- Patologia Terapia (OT, PT, Fala, Audiologia, Reabilitação Cardíaca)
- Outros Especifique _____

A informação acima é divulgada para os seguintes objectivos:

- Cuidados édicos** **Legais** **Seguro** **Continuidade de Cuidado** **Outro:** _____

Esta autorização é válida ppor um período de um (1) ano.

Compreendo que poderei revogar esta autorização em qualquer altura enviando uma solicitação por escrito para o Southcoast, a não ser que já se tenha agido de acordo com ela.

O prazo de validade desta autorização expira quando este pedido for completado.

Assinatura do Paciente ou Representante Legal Data

Nome do Paciente ou seu Representante (em letra de imprensa) Parentesco ou pessoa Autorizada para Actuar pelo Paciente

INFORMAÇÃO DE SAÚDE PROTEGIDA

Se a informação nesta secção diz respeito ao seu tratamento deve completar e assinar para que o seu pedido seja processado.

Ao marcar os seguintes eu autorizo a libertação da informação de saúde protegida:

- Informação Psiquiátrica Informação/Resultado de exames de SIDA/VIH Testes Genéticos
- Tratamento e Exames de Drogas Álcool e resultados dos Exames Abuso Sexual/Físico
- Doenças Transmítidas Socialmente/Resultados dos Exames

Nome do Paciente ou Representante Le Data

Nome do Paciente ou seu Representante Parentesco ou pessoa Autorizada 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**

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