



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 Ambulatórios 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 Transmitidas 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** **Verbal** (sómente conversa -não autoriza a libertação de informação escrita ou Cópias de registos médicos)

Aviso Legal: Comunicações por correio electrónico poderão não ser seguras e potencialmente lidas por terceiras entidades. Discussões verbais sómente estão autorizadas entre pessoal clínico e entidades mencionadas na "Informação a ser divulgada para" na linha acima.