



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION-POR
AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE PROTEGIDA – SHG

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 History & Physical 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 médicos** **Legais** **Seguro** **Continuidade de Cuidado**
- Processo/Apelo sob a Incapacidade Federal ou Estadual. Segurança Social, Compensação de Trabalhadores, Benefícios para Veteranos, ou Outras Necessidades de Programas Baseados em Benefícios.**
- Outro:** _____

Esta autorização é válida por 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.

 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 ou Resultados de Exames de Drogas Álcool e resultados dos Exames Abuso Sexual/Físico
- Doenças Transmitidas Socialmente/Resultados dos Exames

 Assinatura do Paciente ou Representante Legal _____ Data _____

 Nome do Paciente ou seu Representante Imprimido _____ 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** **Correio Electrónico** **Verbal** (sómente conversa -não autoriza a liberação 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.