



AuthoRelPHI

 Southcoast® Health

AUTORIZAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES SANITÁRIAS PROTEGIDAS

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - PORTUGUESE

Autorizo a Southcoast Health a divulgar as seguintes informações sanitárias protegidas do registo médico do paciente abaixo indicado. Os registos podem incluir tratamentos do Southcoast Hospitals Group, do Southcoast Physicians Group ou da Southcoast Visiting Nurse Association, e/ou Same Day SurgiClinic. Compreendo que as informações divulgadas ao abrigo desta autorização podem ser objeto de **divulgação** pelo destinatário e, nesse caso, podem não estar sujeitas à legislação federal ou estatal que protege a sua confidencialidade. Se tiver alguma dúvida, contacte o número 508-973-3733.

A. Nome do paciente: _____ **Data de nascimento:** _____

Endereço: _____
(Rua) _____ (Cidade, Concelho) _____ (Código Postal) _____

Telefone residencial: _____ **Email:** _____

B. Informações a divulgar a: _____

Endereço: _____
(Rua) _____ (Cidade, Concelho) _____ (Código Postal) _____ (Fax/ Email) _____

C. Formato (selecionar o método de entrega abaixo) **Papel** **Eletrónico** **Verbal*** (Exclusão de responsabilidade apenas para debates)

Serviço de correio dos EUA **Fax** **Portal do paciente*** (Exoneração de responsabilidade do portal) **Email*** (Exoneração de responsabilidade por correio eletrónico)

Local de recolha: Charlton Memorial Hospital St. Luke's Hospital Tobey Hospital Outro _____

D. Divulgar as seguintes informações relativas às datas de tratamento: **De:** _____ **Para:** _____

Resumo **Resumo da alta** **Consulta** **Relatório Operatório** **Historial e exame físico**

EKG **Relatórios de emergência** **Relatórios de ambulatório** **Laboratório**

Terapia (OT, PT, Fala, Audiologia, Reabilitação Cardíaca) **Patologia** **Relatório de imagiologia** **Carta**

Outro especificado _____

Pedido de registo de prática médica: _____
(Nome do médico)

E. A informação acima é divulgada para as seguintes finalidades:

Cuidados médicos **Jurídico** **Seguros** **Continuidade dos cuidados** **Outros:** _____

Pedido/recurso ao abrigo de invalidez federal ou estatal, segurança social, indemnização de trabalhadores, prestações de veteranos ou outro programa de prestações baseado nas necessidades (pode ser pedida documentação de apoio)

COMPREENDO QUE A ASSINATURA DESTA AUTORIZAÇÃO É VOLUNTÁRIA E QUE OS MEUS CUIDADOS DE SAÚDE NA SOUTHCOAST HEALTH NÃO SERÃO AFECTADOS SE EU NÃO ASSINAR ESTA AUTORIZAÇÃO. ESTA AUTORIZAÇÃO É VÁLIDA POR UM PERÍODO DE UM (1) ANO.

(CONTINUAÇÃO NA PÁGINA 2)



AuthoRelPHI

 Southcoast® Health

AUTORIZAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES SANITÁRIAS PROTEGIDAS

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION - PORTUGUESE

F. Compreendo que posso **revogar esta autorização** em qualquer altura, notificando a Southcoast Health por escrito, mas a minha revogação não afectará as utilizações e divulgações feitas com base na autorização anterior à sua revogação.

Assinatura do paciente ou do representante legal

Data

Nome em letra de imprensa do paciente ou do seu representante

Relação com o paciente ou autoridade para agir em nome do paciente

G. Autorização específica para informações de saúde protegidas ou privilegiadas

Se os seus registos incluírem informações relativas aos seguintes tipos de tratamento, deve MARCAR CADA CATEGORIA APLICÁVEL para autorizar a divulgação e assinar para que o seu pedido seja processado. Se não for assinalado, estes registos **não serão divulgados ao abrigo desta Autorização**.

- Diagnóstico e/ou tratamento de saúde mental** fornecido por um psiquiatra, psicólogo, assistente social, especialista em enfermagem clínica de saúde mental ou conselheiro de saúde mental licenciado (compreendo que o consentimento pode não ser necessário para divulgar estes registos de saúde mental para fins de pagamento).
- Registros de tratamento de perturbações de utilização de substâncias** Protegidos pelo 42 CFR Parte 2 ou pela legislação estatal. Este consentimento pode ser revogado mediante pedido oral ou escrito.
- Testes de VIH/SIDA**
- Testes genéticos**
- Infeção/Doença sexualmente transmissível**
- Aconselhamento em caso de abuso físico ou violência doméstica**
- Aconselhamento em caso de agressão sexual**

Assinatura do paciente ou representante legal

Data

Nome em letra de imprensa do paciente ou do seu representante

Relação com o paciente ou autoridade para agir em nome do paciente

Exoneração de responsabilidade: As comunicações por correio eletrónico podem não ser seguras e podem ser lidas por terceiros. As discussões verbais só são autorizadas entre os médicos e as partes indicadas na linha "Informações a divulgar a" acima. O fornecimento do Portal do Paciente está em conformidade com os Termos e Condições do [MyChart - Página de início de sessão \(southcoast.org\)](https://www.southcoast.org/).