

Authorization for Release of Medical Records - PORTUGUESE

Apenas para uso interno

MRN _____

REQ# _____

Cambridge Health Alliance
Cambridge/Everett/Somerville Hospital 617-381-7126

Autorização Para Liberação de Prontuário Médico

O formulário assinado poderá ser enviado por fax para **617-381-7179** ou correio para:
**HIM/Medical Records
CHA Everett Hospital
103 Garland Street
Everett, Ma 02149**

Preencha este formulário e assine na página 2, onde indicado

Dados do paciente:

Nome do paciente: **Sobrenome** _____ **Nome** _____ **D. Nasc.** _____

Endereço Residencial: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____ Celular: (_____) _____ Outro Nº (_____) _____

Eu autorizo a **Cambridge Health Alliance** a liberar cópias das minhas informações de saúde protegidas, incluindo cópias do meu prontuário médico, para a(s) seguinte(s) pessoa(s) no endereço listado abaixo:

Liberar informação para:

Instituição: _____ Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Aos cuidados de: _____ Tel: (_____) _____ FAX: (_____) _____

Outro

Finalidade da liberação:

Cuidados médicos Seguro Jurídica Pessoal Outra: _____

Formato da liberação:

Papel
 Fax (apenas para o médico)

** Consulte o Aviso de Privacidade da Cambridge Health Alliance para informar-se sobre eventuais taxas de cópias associadas a esta solicitação. ** Poderá haver custos adicionais para cópias de fotografias.*

INFORMAÇÃO A SER LIBERADA (Marcar todas as válidas e especificar datas):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prontuário inteiro _____ | <input type="checkbox"/> Fotografias** _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de consulta clínica _____ | <input type="checkbox"/> Laudos patológicos _____ |
| <input type="checkbox"/> Sumário de alta _____ | <input type="checkbox"/> Laudos de raio-x/varreduras _____ |
| <input type="checkbox"/> Laudos laboratoriais _____ | <input type="checkbox"/> Outra (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Laudos operatórios _____ | |
| <input type="checkbox"/> Resumo do Prontuário Médico (ex. Histórico e Exames Físicos, Laudo Operatório, Consultas, Laudos de Exames, Sumário de Alta) | |

Authorization for Release of Medical Records - PORTUGUESE

Se gostaria que as informações de alta sensibilidade sejam incluídas em seu prontuário, rubrique abaixo:

Inicial aqui	Resultados de teste e/ou tratamento para HIV/AIDS.
Inicial aqui	Resultados e/ou tratamento para hepatite C.
Inicial aqui	Doença mental, saúde comportamental ou deficiência de desenvolvimento.
Inicial aqui	Abuso de substâncias (ou seja, álcool ou drogas).
Inicial aqui	Resultados ou tratamento para doenças sexualmente transmissíveis e/ou HPV.
Inicial aqui	Violência doméstica.
Inicial aqui	Agressão sexual.
Inicial aqui	Tratamento e/ou serviços sensíveis de obstetrícia/ginecologia.
Inicial aqui	Resultados e/ou tratamentos genéticos.
Inicial aqui	Comunicação confidencial com um psicoterapeuta, psicólogo, assistente social, conselheiro de agressão sexual, conselheiro de violência doméstica ou outro profissional de saúde mental.

PRAZO: Esta Autorização perderá sua validade automaticamente no prazo de 1 ano a partir da data da assinatura, a menos que seja especificada outra data: _____

Por meio de minha assinatura abaixo, autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar as minhas informações de saúde pelo prazo da presente Autorização para a(s) finalidade(s) específica(s) listada(s): ("A pedido do paciente" é suficiente se o paciente estiver dando início a esta autorização).

Estou ciente de que, uma vez que a Cambridge Health Alliance divulgar as minhas informações de saúde para o destinatário, a Cambridge Health Alliance não poderá garantir que o destinatário, por sua vez, não divulgará as minhas informações de saúde a terceiros. Qualquer um desses terceiros poderá não estar obrigado a observar esta Autorização ou a legislação federal e estadual aplicável que rege a utilização e divulgação das minhas informações de saúde.

Estou ciente de que posso recusar a assinar ou posso revogar (a qualquer momento) esta Autorização, por qualquer motivo, e de que tal recusa ou revogação não afetará o início, a continuação ou a qualidade do tratamento que a Cambridge Health Alliance me presta; no entanto, se o meu tratamento na Cambridge Health Alliance tiver a única finalidade de gerar informações de saúde para divulgação ao destinatário identificado na presente Autorização, nesse caso a Cambridge Health Alliance poderá recusar-se a me prestar tratamento caso eu não assine esta Autorização.

Estou ciente de que esta Autorização permanecerá em vigor até o fim do prazo desta Autorização ou até que eu forneça por escrito um aviso de revogação ao Escritório de Privacidade da Cambridge Health Alliance, no endereço listado abaixo. A revogação entrará em vigor imediatamente após o recebimento do meu aviso por escrito pela Cambridge Health Alliance, com a exceção de que a revogação não terá nenhum efeito sobre qualquer medida tomada pela Cambridge Health Alliance antes de ter recebido o meu aviso por escrito de revogação em virtude desta Autorização.

Eu poderei entrar em contato com o **Escritório de Privacidade da Cambridge Health Alliance por correio no endereço 230 Highland Avenue, 6º andar, Somerville, MA 02143** ou através do Departamento H.I.M. da CHA.

Li e entendi os termos da presente Autorização e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre a divulgação de minhas informações de saúde. Por meio de minha assinatura abaixo, eu consciente e voluntariamente autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar as minhas informações de saúde da maneira descrita acima.

X _____

Assinatura do paciente

Data/Hora

Se o paciente for menor de idade e não emancipado, ou estiver incapacitado (física ou mentalmente), recolher as seguintes assinaturas:

Assinatura do representante

Descrição da autoridade

Data/Hora