

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