

Autorização para a Divulgação De Informações Sanitárias

Nome Paciente: _____ Data de Nascimento: _____ Telefone: _____

Endereço: _____
 Rua Cidade Estado Código Postal

Autorizo o BVCHC a: (Por favor, marque uma das opções a seguir)			
<input type="checkbox"/> LIBERAR meu Registro Médico para:		<input type="checkbox"/> OBTER meu Registro Médico de:	
Nome/Responsável Legal/Representante/Instalação/Organização		Telefone	Fax
Rua		Cidade	Código Postal

Método de Divulgação: Fax Correio Retirar pessoalmente

Marque aqui se esta autorização for apenas para fins de comunicação verbal e cópias de registros não estão sendo solicitadas.

As Informações Médicas a Serem Liberadas ou Obtidas:

TAXA DE CÓPIA: A taxa para cópias de registros médicos é baseada nos custos de mão de obra e materiais, conforme definido pela Regra Omnibus.

- Registro de Saúde (Date (s) of Service): _____ de (data) _____ a (data) _____
- Lista de Problemas Registro de Imunização História e Exame Físico mais recente Pré-natal/OBGYN Resumo (2 anos) Lista de Medicamentos Notas de Progresso
- Resultados de Laboratório Relatórios de Raios-X e Imagem Relatórios de Consulta Registros Dentários Raios-X Dentários Outro:

O Propósito Desta Informação é para:

- Uso Pessoal Transferência de Cuidado Advogado/Legal Incapacidade Seguro Escola Compensação Trabalhista Outro _____
- Se for para Transferência de Cuidado-Estou transferindo o(s) seguinte(s) serviço(s) fornecido(s) a mim pelo BVCHC:
- Atendimento Primário/Pediatria/Medicina para Adultos Planejamento Familiar/OBGYN Dentista Saúde Comportamental Todos os Serviços

Continuarei os seguintes serviços no BVCHC:

- Atendimento Primário/Pediatria/Medicina para Adultos Planejamento Familiar/OBGYN Dentista Saúde Comportamental Optometria

Informações sobre HIV, Saúde Comportamental, Drogas/Álcool contidas nos registros médicos acima indicados serão liberadas através desta autorização, a menos que indicado o contrário abaixo.

NÃO Liberar Informações Protegidas

Minhas iniciais abaixo indicam que permito a liberação das seguintes informações, se aplicável no meu registro de saúde:

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| _____ Notas/Informações sobre Saúde Mental ou Psicoterapia | _____ Testes Genéticos | _____ Testes de HIV & Informações Relacionadas |
| _____ Notas de Tratamento de Abuso de Álcool e/ou Substâncias | _____ Abuso Sexual | _____ Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) |
| _____ Comunicação de Assistente Social | _____ Deficiência de Desenvolvimento | _____ Outro |

Compreendo que meus registros são processados de acordo com as Leis Gerais de RI 5-37.3e 40.1-5, Regulamentos Federais de Privacidade 45 CFR 160+164, e não podem ser divulgados sem o meu consentimento por escrito, exceto quando previsto por lei. Compreendo também que, se meus registros envolvem abuso de álcool ou drogas ou testes de HIV (AIDS), eles são processados de acordo com a Regulamentação Federal 42 CFR Parte 2 Confidencialidade de Abuso de Álcool e Drogas e a Lei Pública de RI Capítulo 88-405 Seção 23. Libero o BVCHC e seus funcionários de qualquer responsabilidade decorrente da liberação dessas informações para tais pessoas/agências, desde que a referida liberação de informações seja feita de acordo com a legislação aplicável. Este consentimento terá duração máxima de um (1) ano a partir da data deste formulário.

Compreendo que posso retirar meu consentimento por escrito a qualquer momento. Compreendo que a retirada não se aplicará a informações já divulgadas em resposta a esta autorização. Compreendo que a retirada não se aplicará à minha companhia de seguros quando a lei conceder ao meu segurador o direito de contestar uma reivindicação sob minha apólice. Compreendo que autorizar a divulgação dessas informações de saúde é voluntário. Não sou obrigado a assinar esta autorização. Não preciso assinar este formulário para garantir tratamento. Compreendo que posso inspecionar ou obter informações a serem usadas ou divulgadas conforme previsto no CFR 164.524.

Compreendo que qualquer divulgação de informações traz consigo o potencial de uma nova divulgação não autorizada e as informações podem não estar protegidas pelas regras de confidencialidade. Compreendo que meu registro pode conter informações consideradas sensíveis pela lei. PHY não pode ser utilizado ou divulgado a menos que você autorize especificamente tal uso ou divulgação sob 42CFR Parte 2 dos regulamentos federais de confidencialidade. Essas informações não devem ser transmitidas sem autorização específica conforme previsto nesses regulamentos.

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Assinatura do Representante Legalmente Reconhecido/Responsável: _____ Data: _____