

GREATER NEW BEDFORD COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

☐ 874 Purchase Street, New Bedford, MA 02740 Telephone (508) 992-6553 / Fax (508)997-2498

☐ 848 Purchase Street, New Bedford, MA 02740 Telephone (508)984-7031 / Fax (508)984-7034

☐ 135 Marion Road, Wareham, MA 02571 Telephone (508)742-3810 / Fax (508)997-2498

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERIR  
INFORMAÇÃO DE SAÚDE MÉDICA CONFIDENCIAL**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_\_

**GNBCHC FICHA #:** \_\_\_\_\_ **SS #:** \_\_\_\_\_

Eu autorizo o Greater New Bedford Community Health Center a:

Transferir a seguinte informação:

Receber a seguinte informação:

**PARA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Anotações de Progresso
- \_\_\_\_\_ Registro Médico Completo
- \_\_\_\_\_ Exames de Laboratório

- \_\_\_\_\_ Registro de Vacinas
- \_\_\_\_\_ Raio-X e outros exames
- \_\_\_\_\_ Outros (especifique)

Datas de Tratamento: \_\_\_\_\_

Para o propósito de:     Comunicação Verbal     Legal     Pessoal     Transferir Cuidado

Eu entendo que o meu registro médico pode conter algumas informações altamente confidenciais. Em marcar as minhas iniciais na linha abaixo, estou especificamente autorizando sua revelação.

- \_\_\_\_\_ ● Relativo a identificar, diagnóstico ou tratamento para álcool e/ou uso de drogas.
- \_\_\_\_\_ ● Relativo a doenças transmissíveis sexualmente.
- \_\_\_\_\_ ● Relativo a AIDS e/ou exames de HIV, resultados, aconselhamento ou tratamento.
- \_\_\_\_\_ ● Avaliação de saúde mental, diagnóstico e tratamento.
- \_\_\_\_\_ ● Contendo informação relacionado a violação/abuso sexual.
- \_\_\_\_\_ ● Contendo informação relativo à aborto, exames genéticos ou estudos de infertilidade.

\_\_\_\_\_  
(Paciente, Pai/Mae, Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Data)

Esta autorização permanecerá em vigor por 1 ano ou como for especificado: \_\_\_\_\_

Eu entendo que posso recusar esta autorização a qualquer momento ao providenciar o Departamento de Registro Médico uma recusa por escrito e que esta recusa será honrada a não ser até o certo ponto que esta autorização tenha sido executada. Eu também entendo que esta informação pode ser revelada de novo pelo recipiente se o recipiente não tiver que seguir obrigações de estatuto ou de regulações de privacidade. Entendo que meus registros estão protegidos por regulamentos federais, especificamente o 42 CFR Parte 2, e não podem ser divulgados sem o meu consentimento por escrito, a menos que seja especificado nas regulações. As regulações federais também proíbem qualquer nova divulgação dessas informações pelo destinatário dos meus registros. Por este meio, libero a GNBCHC e todo o pessoal associado de toda responsabilidade legal ou responsabilidade que possa surgir com a liberação dos meus registros.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Pai/Mãe, Tutor, Parente)

\_\_\_\_\_  
(Testemunha)

\_\_\_\_\_  
(Relacionamento)

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Data)

**FOR OFFICE USE ONLY**

Format of requested information:     Fax     Paper     Electronic    Processed by: \_\_\_\_\_  
(Name)

Transfer via:     Pick Up     Mail     Fax    Date Processed: \_\_\_\_\_