

NEW BEDFORD COMMUNITY HEALTH

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

1.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO MÉDICA CONFIDENCIAL PROTEGIDA DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE:	DATA DE NASCIMENTO:
Patient Label	ENDEREÇO: _____ _____ _____ NÚMERO DE TELEFONE: _____

CONSENTIMENTO DO PACIENTE PARA O INTERCÂMBIO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Ao concordar em DAR CONSENTIMENTO abaixo, autorizo a comunicação verbalmente, por escrito ou por meio de intercâmbio eletrônico de informações com o designado abaixo. Essa comunicação pode incluir solicitar, receber, fornecer e usar minhas informações médicas. Entendo que o propósito da comunicação sobre mim é para permitir que as pessoas designados avaliem minhas necessidades, prestem serviços e coordenem meus cuidados. Também entendo que posso ser requerido a assinar formulários de consentimento adicionais para qualificar para a cobertura e pagamentos de seguro ou certos tipos de tratamentos e serviços. Entendo que as minhas informações médicas incluirão todas as informações pertinentes do meu registro médico, conforme descrito aqui:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Meu nome e outras informações de identificação pessoal. ● Minha identidade como solicitante ou beneficiário de serviços de saúde, que pode incluir transtorno por uso de substâncias e / ou serviços de saúde mental. ● O conteúdo do meu registro médico, que pode incluir: <ul style="list-style-type: none"> –Problemas / diagnósticos –Visita / alta / avaliação e resumos de exames –Laboratórios / exames e resultados de raios-x –Medicações / imunizações – Procedimentos –Família / histórico social –Outras informações sobre minha saúde | <ul style="list-style-type: none"> ● Meu registro médico pode incluir informações sobre as seguintes condições e tratamento: <ul style="list-style-type: none"> –Saúde mental –Transtorno por uso de substância –Doença Sexualmente Transmissível – Gravidez / abortos – Abuso doméstico – Violação / agressão sexual – Doenças genéticas, testes e resultados de testes –Mamogramas –Outras informações sobre minha saúde <ul style="list-style-type: none"> – Testes de HIV / AIDS, Resultados, Aconselhamento ou Tratamento |
|---|---|

Por meio deste autorizo ao New Bedford Community Health a fazer o intercâmbio de informação com:	Por meio deste autorizo ao New Bedford Community Health a divulgar e receber informação de:
--	---

PARA: _____ _____ _____	DE: _____ _____ _____
-------------------------------	-----------------------------

Anotações de Progresso
 Registro Médico Completo
 Exames de Laboratório
 Registro de Vacinas
 Raio-X e outros exames
 Outros (especifique)

Datas de Tratamento: De: _____ Até: _____

o propósito de: Comunicação Verbal Legal Pessoal Transferir Cuidado

Para o propósito de: Comunicação verbal Legal Pessoal Transferência de Atendimento

Entendo que tenho o direito de excluir a troca de certos tipos de informações de saúde. Excluo o seguinte: _____

Entendo que certas leis federais, incluindo a Lei de Portabilidade e Responsabilidade das Informações sobre Saúde de 1996 (HIPAA) 45 C.F.R. as partes 160 e 164, permitem que os provedores e outras organizações de saúde troquem muitas das minhas informações de saúde sem meu consentimento, a fim de me fornecer tratamento, receber pagamento pelos meus cuidados, gerenciar e coordenar meus cuidados. Também entendo que meus prestadores de serviços de saúde têm permissão ou obrigação legal de fornecer algumas de minhas informações médicas sem meu consentimento para outros prestadores de serviços de saúde, agências de saúde pública e de aplicação da lei para fins que incluem, entre outros, emergências médicas, relatórios de qualidade, auditorias, crimes contra pessoas e bens e certas ordens legais. Entendo que o New Bedford Community Health Center (NBCH) não é responsável pela divulgação autorizada ou não autorizada de minhas informações de saúde pelos prestadores de serviços. Entendo que meus registros de distúrbios de uso de substâncias estão protegidos pela lei federal, incluindo os regulamentos federais que regem a confidencialidade dos registros de pacientes com transtornos de uso de substâncias, 42 C.F.R. (SAMSHA) não pode ser divulgado sem o consentimento por escrito, a menos que seja estabelecido de outra forma pelos regulamentos.

Assinatura do responsável legal do paciente ou representante autorizado:

Data:

Entendo que os seguintes prestadores de serviços de saúde, incluindo sua equipe, funcionários e entidades contratadas, podem fornecer ou receber minhas informações médicas com o propósito de avaliar as minhas necessidades, prestar serviços e coordenar meus cuidados. Entendo que apenas os provedores que precisam coordenar um aspecto específico do meu tratamento fornecerão ou receberão informação sobre esse aspecto do tratamento.

_____ Designação geral: Entendo que qualquer um dos meus prestadores de tratamento pode fornecer ou receber minhas informações médicas para fins de tratamento. Entendo que tenho o direito de obter, mediante solicitação, uma lista de entidades para as quais minhas informações médicas foram divulgadas (Lista de Divulgação), de acordo com a designação geral.

MINHA ESCOLHA DE CONSENTIMENTO

Entendo que tenho o direito de receber uma cópia deste formulário de consentimento.

_____ DOU CONSENTIMENTO. Pela minha assinatura abaixo, reconheço que dei meu consentimento, conforme indicado acima, de forma livre, voluntária e sem coerção. Entendo que tenho o direito de revogar este consentimento a qualquer momento; no entanto, qualquer informação que já foi trocada não pode ser recuperada. Se eu não revogar este consentimento, ele expirará um ano após a "Data efetiva" deste consentimento. **ESTA PARTE ESTÁ PENDENTE DA APROVAÇÃO DE CHERYL**

_____ RECUSO O CONSENTIMENTO. Pela assinatura abaixo, reconheço que recusei dar consentimento aos meus prestadores de serviços de saúde a comunicar as minhas informações saúde uns aos outros. Reconheço que, ao recusar meu consentimento, meus profissionais de saúde podem ter limites em sua capacidade de fornecer e coordenar meus cuidados médicos.

Assinatura do Paciente

Data Efetiva

Assinatura do Responsável Legal do Paciente ou Representante Autorizado

Data Efetiva

Em Letra de Fôrma Nome do Responsável Legal ou Representante Autorizado

Descrição de Autoridade

(Se assinado pelo Responsável Legal ou Representante Autorizado)

Assinatura do Tradutor (se aplicável)

Em Letra de Fôrma Nome do Tradutor