



**New Bedford Community Health**  
874 Purchase Street New Bedford, MA 02740  
Telephone: (508)-992-6553  
Fax principal: (508)-997-2498  
Fax somente para odontologia: (508)-984-7034

## **Autorização para divulgação de informações de saúde protegidas**

*Favor imprimir*

Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_

Número do prontuário médico (**Somente equipe**): \_\_\_\_\_

Ao assinar esta Autorização,

autorizo o uso ou a divulgação de minhas informações confidenciais e/ou de saúde protegidas, mantidas por ("informações de"):

Nome: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Minhas informações confidenciais e/ou de saúde protegidas podem ser divulgadas, no âmbito desta Autorização, para ("informações para"):

Nome: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

### **ESCOPO DO USO OU DIVULGAÇÃO:**

**Todas as informações de saúde sobre mim**, incluindo meus prontuários clínicos (anotações, laboratórios, imunizações etc.), incluindo todas as informações psiquiátricas/de uso de drogas ou álcool criadas ou recebidas pela organização, para todas as datas do serviço. Isto não ***inclui***, se aplicável, informações relativas a HIV/AIDS, testes genéticos ou anotações de psicoterapia.

Escreva sua inicial aqui se você estiver permitindo:

\_\_\_\_\_ Comunicação **bilateral**, por escrito e verbalmente, de informações de saúde protegidas entre as pessoas/partes listadas acima.

\_\_\_\_\_ Comunicação **unilateral**, por escrito e verbalmente, de informações de saúde protegidas entre as pessoas/partes listadas acima.

\_\_\_\_\_ Desejo limitar esta autorização a data(s) específica(s) de serviço:

\_\_\_\_\_

### **ESCOPO DO USO OU DIVULGAÇÃO: INFORMAÇÕES COM PROTEÇÕES ADICIONAIS**

Escreva sua inicial aqui se você estiver permitindo:

\_\_\_\_\_ Informações sobre **HIV/AIDS**, incluindo (i) se o teste foi solicitado ou realizado e (ii) os resultados do teste.

\_\_\_\_\_ Informações sobre **testes genéticos**.

\_\_\_\_\_ Informações sobre **anotações de psicoterapia**.

**FINALIDADE DO USO OU DIVULGAÇÃO:**

Marque o(s) motivo(s) para esta Autorização.

\_\_\_\_\_ Coordenação do tratamento \_\_\_\_\_ Transferência de cuidados

\_\_\_\_\_ Questões jurídicas \_\_\_\_\_ Pessoal

\_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

Eu compreendo que determinadas leis federais — incluindo a Health Information Portability and Accountability Act 1996 (HIPAA) 45 C.F.R. partes 160 e 164 — permitem que os provedores e outras organizações de saúde troquem muitas das minhas informações de saúde sem o meu consentimento para me fornecer tratamento, receber pagamento pelo meu tratamento, e gerenciar e coordenar meus cuidados. Eu compreendo que os seguintes prestadores de serviços de saúde, incluindo sua equipe, funcionários e entidades contratadas, podem fornecer ou receber minhas informações médicas com o objetivo de avaliar minhas necessidades, prestar serviços a mim e coordenar meus cuidados. Entendo que somente os provedores que precisam coordenar um aspecto específico dos meus cuidados fornecerão ou receberão informações sobre esse aspecto dos meus cuidados. Eu compreendo também que meus provedores de serviços de saúde têm permissão ou são obrigados por lei a fornecer algumas de minhas informações médicas, sem meu consentimento, a outros provedores de serviços de saúde, órgãos de saúde pública e autoridades policiais para fins que incluem, entre outros, emergências médicas, relatórios de qualidade, auditorias, crimes contra a pessoa e a propriedade, além de determinadas decisões legais. Eu compreendo que o New Bedford Community Health (NBCH) não é responsável pela divulgação autorizada ou não autorizada de minhas informações de saúde por provedores que as receberem. Eu compreendo que meus prontuários sobre transtorno por uso de substâncias estão protegidos pela lei federal, 42 C.F.R. Parte 2, e não podem ser divulgados sem consentimento por escrito, salvo disposição em contrário nos regulamentos.

Reconheço que fui notificado/a sobre meus direitos relativos à confidencialidade de minhas informações/prontuários de tratamento de acordo com a HIPAA e a 42 C.F.R. Parte 2, e confirmo ainda que compreendo esses direitos. Com 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 tenha sido trocada não poderá ser cancelada. **Se eu não tiver revogado este consentimento, ele expirará um ano após a "Data de Assinatura" deste consentimento.**

Nome em letra de forma: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura dos pais/responsável legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_