

AUTORIZAÇÃO PARA OBTER/ACEDER A REGISTOS MÉDICOS E INFORMAÇÃO SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE

1. INFORMAÇÃO DO PACIENTE: Por favor, forneça-nos a sua informação ou a informação do seu filho/da sua filha. Uma pessoa por formulário.

Nome do Paciente _____ Número de Telefone/Telemóvel _____ Data de Nascimento _____
 Morada: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Autorizo por este meio: Centro de Saúde Thundermist

25 John A. Cummings way, Woonsocket, RI 02895 ATTN: Departamento de Registos Médicos
Telefone# 401-767-4100 Fax# 401-235-6896

2. Se marcar abaixo em OBTER, o que significa que estamos a OBTER os seus registos de outro médico OU se marcar abaixo em PERMITIR se permitir que o Thundermist possa ENVIAR os seus registos Thundermist a um médico/pessoa externa. Uma vez marcado, preencha a informação para assim ser possível, obter ou a divulgar a respetiva informação.

ESCOLHA UM:

- Para OBTER-Obtenha registos de uma instalação externa
 Para PERMITIR-Enviar registos a uma pessoa externa ou a si próprio

<input type="checkbox"/> Verifique AQUI se gostaria que divulgássemos o seu registo médico INTEIRO.	OU	Permitir APENAS estes tipos de registos (verificar todos os que se aplicam): <input type="checkbox"/> Médicos (inclui visitas de cuidados primários e visitas de Cuidados Convenientes) <input type="checkbox"/> Dentário <input type="checkbox"/> Tratamento de Saúde Mental <input type="checkbox"/> Uso e/ou Tratamento de Álcool/Drogas <input type="checkbox"/> Testes, Diagnóstico e/ou Tratamento do VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Testes, Diagnóstico e/ou Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis <input type="checkbox"/> Informação e/ou Cuidados Transgénero	Especificar as datas de tratamento dos registos a serem divulgados: Indique as datas de serviço que gostaria que obtivéssemos ou permitíssemos. (Nos últimos 2 anos é o que a maioria dos fornecedores procura, se forem necessárias mais informações, podemos sempre pedir datas adicionais de serviço. <input type="checkbox"/> Último Mês <input type="checkbox"/> Últimos Seis Meses <input type="checkbox"/> O Ano Passado <input type="checkbox"/> Últimos Dois Anos <input type="checkbox"/> TODOS <input type="checkbox"/> Outro (indicar as datas) _____
---	-----------	---	--

3. Diga-nos a quem devemos obter os seus registos OU para quem quer que enviemos os seus registos:

Nome: _____ Telefone #: (____) _____ FAX #: (____) _____
 Morada: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

****Completar apenas esta seção se solicitar uma cópia dos seus registos médicos para si****

Gostaria de: (selecionar uma opção) *Ter uma Cópia em Papel *Cópia eletrónica enviada por correio eletrónico para mim

Por favor, aguarde até 30 dias para processar. Se precisar dos seus registos mais cedo, ou se preferir um formato eletrónico alternativo, por favor peça. Ao fornecer o seu endereço de correio eletrónico, está a consentir que o seu registo lhe seja enviado por correio eletrónico e compreende que o correio eletrónico não encriptado pode não proteger a privacidade das suas informações de saúde.

Endereço de correio eletrónico: _____

***Taxas para os Registos:** Pode ser-lhe cobrada uma taxa nominal de acordo com a lei estatal para o processamento do seu registo médico. Esta taxa não excederá os \$25.00.

4. PROPÓSITO-Diga-nos para que serve este pedido de registo: (marcar uma)

- Uso pessoal Assunto legal Seguros Tratamento por um(a) Especialista
 Transferência dos meus cuidados devido a: Mudança Outro(s) ou Insatisfação com o serviço prestado (por favor, explique): _____

5. ASSINAR A DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO ABAIXO:

Entendo que posso revogar a minha autorização por escrito em qualquer altura, notificando o Centro de Saúde de Thundermist. Entendo que qualquer informação anterior previamente divulgada não estaria sujeita a este pedido de revogação. Entendo que os meus registos são processados ao abrigo do Regulamento Federal de Confidencialidade de Tratamento de Abuso de Álcool e Drogas (42 CFR, Parte 2) e/ou as Leis Gerais do Estado de Rhode Island e não pode ser divulgado sem a minha autorização por escrito, salvo disposição específica em contrário da lei. Entendo que qualquer revelação de informação traz consigo o potencial para a sua nova revelação pelo destinatário e que a informação não pode então ser protegida pela Regra Federal de Privacidade. Por conseguinte, liberto o Centro de Saúde de Thundermist, os seus funcionários e os meus médicos de toda a responsabilidade decorrente desta revelação das minhas informações de saúde. Entendo que posso recusar assinar esta autorização e que a minha recusa em assinar não afetará a minha capacidade de obter tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde, ou elegibilidade para benefícios. Li, e compreendi a declaração acima e autorizo voluntariamente a divulgação de informações como indicado neste formulário.

A menos que seja revogada por escrito pelo paciente, esta autorização expirará quando o paciente já não for paciente.

Assinatura do Paciente/Representante Legal

Relação do Representante Legal com do Paciente

Data

Formulário de Recepção de Funcionários
 (Nome Impresso)

Telefone Ext.

Data

*****APENAS PARA USO ADMINISTRATIVO*****

Obter o pedido enviado: _____ Iniciais _____

Registos lançados em: _____ Iniciais _____