



Autorização de utilização ou divulgação de informações de saúde protegidas

NOME DO DOENTE:

APELIDO _____ NOME _____ SEGUNDO NOME _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ - _____ - _____ NÚMERO DO REGISTO CLÍNICO: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELEFONE DURANTE O DIA: _____ OUTRO TELEFONE: _____

Autorizo por este meio a **Rhode Island Medical Imaging, Inc.** a obter, recuperar, utilizar ou divulgar as minhas informações de saúde protegidas conforme é indicado abaixo:

NOME I CENTRO: _____ ATENÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

INFORMAÇÕES A DIVULGAR:

Registo Clínico Completo (**inclui relatórios e imagens**)*

Apenas relatório(s):*

Apenas imagens:*

Registo de faturação:*

Outros:*

*Incluir informações específicas do exame, por exemplo: datas do serviço, intervalo de datas (dois anos anteriores) ou natureza do estudo (todos os estudos de mamografia), etc.

FINALIDADE DA DIVULGAÇÃO:

A meu pedido (do doente) Segunda opinião

Mudar de médico Legal

Mudar de Centro de Imagiologia Seguro

Compensação dos trabalhadores Outros _____

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES PROTEGIDAS:

***Obrigatório:-** Preencha as declarações abaixo assinalando com um **CÍRCULO** de que modo as informações protegidas devem ser tratadas, mesmo que as categorias não se apliquem necessariamente aos registos clínicos do doente.

EU SIM NÃO quero que as **Notas de tratamento psiquiátrico** sejam divulgadas.

EU SIM NÃO quero que as informações sobre **Saúde Mental** sejam divulgadas.

EU SIM NÃO quero que as informações sobre **Testes de VIH e informações relacionadas** sejam divulgadas.

EU SIM NÃO quero que as informações sobre **Abuso de álcool e/ou substâncias** sejam divulgadas.

*Confirme e **rubrique** que assinalou com um círculo TODAS as categorias de informações protegidas acima, independentemente de serem ou não aplicáveis. Se este formulário estiver incompleto, ou se as informações protegidas não forem divulgadas, podemos não conseguir satisfazer o pedido. _____

Rubrique aqui.

1. Compreendo que esta autorização irá perder a validade um ano a partir da data de assinatura, salvo especificação em contrário. Poderá revogar esta Autorização a qualquer momento. Uma fotocópia deste formulário será considerada tão válida como o original.
2. Compreendo que poderei revogar esta autorização a qualquer momento notificando a Rhode Island Medical Imaging, Inc. por escrito, e esta autorização deixará de estar em vigor na data da notificação, salvo na medida em que já tenham sido tomadas medidas baseadas nela.
3. Compreendo que as informações usadas ou divulgadas de acordo com esta autorização podem estar sujeitas a nova divulgação pelo destinatário e deixem de estar protegidas pelas regulamentações de privacidade federais. No entanto, outra lei estatal ou federal pode proibir o destinatário de divulgar informações especialmente protegidas, como informações de tratamento para o abuso de substâncias, informações relacionadas com o VIH/SIDA, e informações de saúde mental/psiquiátrica.
4. Os meus cuidados de saúde e o pagamento dos meus cuidados de saúde não serão afetados se eu não assinar este formulário.
5. Compreendo que irei receber uma cópia deste formulário depois de o assinar.

Ao assinar abaixo, reconheço que li e compreendo esta Autorização.

ASSINATURA DO DOENTE OU DO REPRESENTANTE
AUTORIZADO DO DOENTE

NOME EM LETRA DE IMPRENSA

DATA

SE NÃO FOR ASSINADA PELO DOENTE, INDICAR A RELAÇÃO COM O DOENTE OU OUTRA AUTORIDADE PARA ATUAR: _____