

AUTORIZAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____ Número de telefone: _____

 Endereço: _____
 Cidade Estado Código Postal

Eu autorizo o BVCHC a: (Por favor, verifique um dos seguintes)
 Divulgar meus registros médico para: Obter meu registro médico de:

Nome / Tutor Legal / Representante / Clínica Médica / Organização / Empresa

Telefone

Fax

Endereço

Cidade

Estado

Código postal

Verificar informações confidenciais a serem divulgadas ou obtidas:
CUSTO POR CÓPIA: O custo para cópias de registros médicos é baseado em custos de mão-de-obra e material, conforme definido pela Decisão Omnibus.

-
- Processo Clínico (data (s) de serviço): de (data) _____ a (data) _____
-
-
- Processo Clínico Completo, ou específica
-
-
- Lista de problemas
-
- Registos da imunização
-
- Registro Médico mais recente e físico anual
-
-
- Registro pré-natais /Ginecologia e Obstetrícia
-
- Abstracto
-
- Lista de medicamentos
-
- Notas de Progresso Clínico
-
- Registro de laboratório
-
-
- Registro de radiologia e imagiologia
-
- Registro de consulta
-
- Outro: _____
-
-
- Registro dental
-
- Registro de radiologia dental

O objetivo desta informação é para:
 Uso Pessoal Transferência de Cuidados Médicos Advogado Incapacidade Médica Seguro Escola Compensação dos Trabalhadores

 Outro _____

Se é sobre a Transferência de Cuidados Médicos, estou transferindo os seguintes serviços que o BVCHC me ofereceu:

-
- Cuidados Primários / Pediatria / Medicina de Adultos
-
- Planejamento Familiar / Ginecologia e Obstetrícia
-
-
- Dental
-
- Saúde Mental
-
- Oftalmologia
-
- Todos os serviços

Eu continuarei os seguintes serviços no BVCHC:

-
- Cuidados Primários / Pediatria / Medicina de Adultos
-
- Planejamento Familiar / Ginecologia e Obstetrícia
-
-
- Dental
-
- Saúde Mental
-
- Oftalmologia

Autorização para divulgar informações protegidas

Minhas iniciais abaixo indicam que eu permito que as seguintes informações sejam divulgadas, se aplicável, no meu Processo Clínico:

 _____ Notas / Informações sobre saúde mental ou psicoterapia _____ Testes Genéticos _____ Testes de HIV e informações relacionadas
 _____ Notas sobre o tratamento de álcool e / ou abuso de substâncias _____ Abuso sexual _____ Doença sexualmente transmissível (DST)
 _____ Comunicação do assistente social _____ Deficiência de desenvolvimento _____ Other _____

Eu entendo que meus registros são processados de acordo com as leis gerais do RI 5-37,3 e 40,1-5, regulamentos federais de privacidade 45 CFR 160-164 e **não podem ser divulgadas sem o meu consentimento por escrito, a menos que a lei disponha em contrário**. Eu também entendo que, se meus registros envolvendo abuso de drogas ou álcool, ou teste de HIV (AIDS), são transformados ao abrigo do **Regulamento Federal 42 CFR Part 2, Confidencialidade de álcool e abuso de drogas e direito público de RI Capítulo 88-405, Seção 23** Eu libero O BVCHC e seus funcionários de qualquer responsabilidade decorrente da divulgação desta informação a essas pessoas / agências, desde que tal divulgação é feita de acordo com a legislação aplicável. Este consentimento não durará mais do **que um (1) ano a partir da data deste formulário**. Eu entendo que posso **retirar meu consentimento por escrito a qualquer momento**. Entendo **que uma retirada não se aplicará a informações já divulgadas em resposta a essa autorização**. Entendo que uma retirada não se aplica à minha companhia de seguros, quando a lei dá à minha seguradora o direito de contestar uma reivindicação sob minha política. Entendo que autorizar a divulgação dessas informações de saúde é voluntário. Eu posso me recusar a assinar a autorização. Não preciso assinar este formulário para garantir o tratamento. Entendo que posso inspecionar ou obter informações a serem usadas ou divulgadas de acordo com as disposições do CFR 164.524. Eu entendo que qualquer divulgação de informações carrega um potencial para uma nova divulgação não autorizada e as informações não podem ser protegidas por regras de confidencialidade. Eu entendo que meu registro pode conter informações que são consideradas confidenciais pela lei. A PHI não pode ser usada ou divulgada a menos que você autorize especificamente tal uso ou divulgação sob a 42CFR Part2 dos regulamentos federais de confidencialidade. Esta informação não deve ser transmitida sem autorização específica conforme previsto nestes regulamentos.

Assinatura de Paciente: _____ Data: _____

Assinatura da Pais/ Representante Legal/Tutor Legal _____ Data: _____

39 East Ave, Pawtucket, RI 02860 (Phone) 401-722-0081 (Fax) 401-312-0318

PORTUGUESE

_____ Staff Initials