

UMASS MEMORIAL HEALTH CARE
AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE
OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
(PORTUGUESE)

Page 1 of 2

- UMass Memorial Medical Center
 UMass Memorial - Community Healthlink
 UMass Memorial HealthAlliance-Clinton Hospital
 UMass Memorial - Marlborough Hospital
 UMass Memorial Medical Group - Location: _____

PATIENT TO COMPLETE THIS SECTION:

FULL NAME: _____

ADDRESS: _____

BIRTHDATE/AGE: _____

SEX: _____

HAR/CSN: _____

PRINT CLEARLY IN INK OR IMPRINT WITH PATIENT'S CARD

Eu, por meio deste, autorizo a entidade selecionada acima, seus funcionários e/ou agentes a (SELECIONE UMA OPÇÃO):

- solicitar e receber informações da organização/do prestador de assistência médica especificado abaixo.
 divulgar informações dos prontuários médicos dos pacientes nomeados acima para o destinatário especificado abaixo.

Próprio paciente (ver acima) Provedor de saúde (nenhuma taxa se enviado diretamente para o médico) Organização/pessoa/outros (seguradora, advogado, etc.)

Nome: _____

Endereço: _____ Caixa postal/nº: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Fax: _____ Email: _____

O OBJETIVO DA LIBERAÇÃO DESTA INFORMAÇÃO É PARA:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Consulta com especialista | <input type="checkbox"/> Advogado/processo judicial | <input type="checkbox"/> Comunicação verbal |
| <input type="checkbox"/> Transferência a novo provedor de saúde | <input type="checkbox"/> Incapacidade/inscrição no seguro/reivindicação | <input type="checkbox"/> Uso pessoal |
| <input type="checkbox"/> Cuidador | <input type="checkbox"/> OUTROS (especificar): _____ | <input type="checkbox"/> Pré-contratação |

TAXA DA CÓPIA: Em conformidade com o decreto 164.524 do HIPAA 45 CFR dos EUA, reservamo-nos o direito de cobrar uma taxa justa, baseada nos custos de produção e envio das cópias. Em nenhum momento, as taxas ultrapassam a lei de Massachusetts (MGL, Capítulo 111; Seção 70).

Instruções: selecione UMA das três opções abaixo marcando a caixa apropriada.

1. **Visitas individuais.** Marque a caixa Resumo ou Data da visita completa.

- Resumo da data da visita.** Inclui os elementos essenciais de uma ou mais datas de visita específicas, inclusive: relatórios, exames de diagnóstico (laboratoriais, raios-x, ECG, avaliação da função pulmonar, lista de reconciliação de medicamentos, alergias e relatórios transcritos do provedor de saúde). Um resumo contém as informações solicitadas com mais frequência e é menos caro.
- Data da visita completa.** Inclui toda e qualquer documentação relacionada a uma ou mais determinadas datas de visita.
Data(s) Desde: _____ Até: _____

2. **Serviços específicos.** Caso queira receber APENAS cópias de serviços específicos, marque SOMENTE os tipos de relatório que você está solicitando e forneça a data/intervalo (quando os serviços ocorrerem) na linha abaixo.

Data(s) Desde: _____ Até: _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudos cardíacos | <input type="checkbox"/> Relatórios de procedimento/cirurgia |
| <input type="checkbox"/> Consultas | <input type="checkbox"/> Relatórios de patologia |
| <input type="checkbox"/> Resumos de alta | <input type="checkbox"/> Formulários de cuidados de alta do paciente |
| <input type="checkbox"/> Exames neurológicos: EEG, EMG, estudo do sono | <input type="checkbox"/> Estudos pulmonares: (pulmão) avaliação da função pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Prontuários do serviço de emergência | <input type="checkbox"/> Relatórios de radiologia |
| <input type="checkbox"/> Registros de imunização | <input type="checkbox"/> Reabilitação: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia |
| <input type="checkbox"/> Relatórios laboratoriais (exames de sangue) | <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas do consultório/clínicas para Dr. _____ | <input type="checkbox"/> Outros (especificar): _____ |

3. **Prontuário médico completo.** Marque a caixa Resumo OU Prontuário médico completo.

Observação: o resumo e/ou o prontuário médico completo pode incluir mais de 20 (vinte) anos de registros a partir da data de sua última visita.

- Resumo do prontuário médico completo.** Inclui os elementos essenciais de uma ou mais datas de visita específicas, inclusive: relatórios, exames de diagnóstico (laboratoriais, raios-x, ECG, avaliação da função pulmonar, lista de reconciliação de medicamentos, alergias e relatórios transcritos do provedor de saúde). Um resumo contém as informações solicitadas com mais frequência e é menos caro.
- Prontuário médico completo.** Inclui toda e qualquer documentação do prontuário médico completo de um paciente. Essa opção pode resultar em um custo significativo para a preparação dos prontuários.

PROTEGIDO SOB A LEI ESTADUAL OU FEDERAL

Entendo que meu prontuário médico pode incluir informações relacionadas à minha saúde mental, transtorno por uso de substâncias/álcool, violência sexual, doenças sexualmente transmissíveis, aborto, testes genéticos, HIV/AIDS, violência doméstica ou outras informações que eu considere confidenciais. **Rubrique ao lado dos tipos de conteúdo abaixo.**

Caso contrário, a informação NÃO será liberada.

- ___ Aborto: formulários de consentimento ou ordens judiciais ___ Resultados do exame de triagem genética ___ Aconselhamento de violência sexual
___ Aconselhamento de violência doméstica ___ Resultados do exame de HIV/AIDS ___ Doenças sexualmente transmissíveis
___ Detalhes do diagnóstico e/ou tratamento de saúde mental fornecido por um psicólogo, psiquiatra, enfermeiro clínico especializado em saúde mental, conselheiro licenciado em saúde mental e assistente social licenciado
___ Transtorno por uso de substância/álcool; especifique a natureza exata das informações necessárias: _____

___ **OUTROS (especificar):** _____

Continue no verso



COMPREENDO QUE:

- Esta autorização é voluntária. Eu não tenho que assinar para garantir o tratamento a menos que o único objetivo do tratamento seja fornecer informações para um terceiro (exemplo: emprego físico).
- De acordo com o anúncio conjunto de práticas de informações, eu tenho o direito de inspecionar ou solicitar cópias de meus prontuários médicos. Providências devem ser tomadas para eu inspecionar meu prontuário no local; entre em contato com o Health Information Management Department (departamento de gestão de informações de saúde) usando as informações abaixo).
- Qualquer divulgação tem o potencial de nova divulgação não autorizada. Eu libero a UMass Memorial Health Care e suas entidades de qualquer responsabilidade legal que possa surgir da divulgação ou da nova divulgação de informações.
- Eu tenho o direito de revogar esta autorização a qualquer momento, apresentando um pedido por escrito ao Health Information Management (gestão de informações de saúde) no endereço abaixo. A revogação não será aplicável a informações que já foram liberadas em resposta a esta autorização. A revogação não será aplicável à minha seguradora quando a lei prevê o direito da minha seguradora de contestar uma reivindicação sob a minha apólice.
- Meus prontuários sobre transtorno por uso de substâncias/álcool podem ser protegidos nos termos das normas federais que regem a Confidencialidade dos Prontuários de Pacientes com Abuso de Álcool e Drogas, 42 CFR Parte 2, e não podem ser divulgados sem o meu consentimento, salvo disposição em contrário prevista na regulamentação. Eu também entendo que poderei revogar este consentimento a qualquer momento, exceto se medidas foram tomadas para a seguridade dele, e que, em qualquer caso, este termo de consentimento expira conforme indicado na seção "Validade da autorização" do formulário abaixo. (Se você não souber se isso é aplicável aos seus prontuários, entre em contato com seu provedor de saúde ou com a linha de privacidade pelo número 508-334-5551.)

VALIDADE DA AUTORIZAÇÃO:

A menos que seja revogada, esta autorização expirará na seguinte data, evento ou condição: _____
 Caso eu não especifique uma data, evento ou condição de expiração, esta autorização será válida por um período não superior a 90 (noventa) dias a partir da data de assinatura abaixo, exceto quando regulamentos estaduais ou federais especificarem o contrário. Em tais situações, será aplicado o período mais curto.

Formato solicitado para o recebimento de prontuários
Cópias geralmente disponíveis dentro de 10 dias úteis dependendo dos prontuários solicitados.

COLETA	ENVIO	PORTAL DO PACIENTE*	VERBAL
<input type="checkbox"/> Cópias em papel	<input type="checkbox"/> Cópias em papel <input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> *Quando disponível e apenas se o paciente tiver ativado sua conta	<input type="checkbox"/>

*Caso queira que outra pessoa receba o prontuário médico em seu nome (o paciente), forneça o nome da pessoa e a relação dela com você:

Nome: _____ Relação: _____

****É necessário apresentar um documento com foto ao coletar as cópias dos prontuários médicos.****

Preenchi todas as seções deste formulário. Li e compreendi as declarações acima e autorizo a divulgação das informações solicitadas no verso deste formulário.

Assinatura do paciente/pai ou mãe/representante legal*

Nome em letra de forma

Data

Relação do assinante com o paciente: _____

*Caso assine como um representante legal, forneça também a documentação apropriada para comprovar esse estado.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a instituição aplicável abaixo ou a clínica médica onde você recebe cuidados de saúde.

UMass Memorial Health Care
 C/O Health Information Management
 55 Lake Avenue North
 Worcester, MA 01655
 Tel 508-334-5700 opt. 1
 Fax 508-334-9721

UMass Memorial-Community Healthlink
 C/O Compliance Department
 72 Jaques Avenue
 Worcester, MA 01610
 Tel 774-312-2700
 Fax 508-860-1023

UMass Memorial Medical Group
 C/O Community Practices
 367 Plantation Street
 Worcester, MA 01605
 Tel 508-334-1438
 Fax 508-334-1448

****Uma cópia da autorização preenchida deve ser fornecida ao paciente.****

