

**CHA** Cambridge  
Health Alliance**Autorização para comunicação de informações de saúde protegidas e sua obtenção com outros Prestadores de Saúde****Dados do paciente**

Nome \_\_\_\_\_ Sobrenome \_\_\_\_\_ Inicial do Meio \_\_\_\_ Nascimento \_\_/\_\_/\_\_

Endereço residencial \_\_\_\_\_ Ap. n.º \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Telefone residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone alternativo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Informações a serem divulgadas e/ou compartilhadas:** A CHA tem a minha permissão para divulgar e/ou comunicar informações a outros prestadores de saúde e hospitais. Eu entendo que as informações podem incluir detalhes sobre, mas não somente, o seguinte sobre o meu atendimento médico: doenças sexualmente transmissíveis; violência doméstica; exames genéticos; hepatite; histórico e resultados de exames de HIV; agressão/abuso sexual; saúde comportamental; tratamento de abuso de álcool e drogas (inclusive na medida em que meu prontuário médico contenha informações sobre o tratamento de álcool ou drogas que esteja protegido pelo Federal Regulation 42 CFR, Part 2 –Código de Regulamentos Federais).

**PERÍODO:** Entendo que esta autorização permanecerá em vigor até o término de sua validade, **a qual é de um ano após a data de minha assinatura abaixo.**

 **Informações obtidas de/ou comunicadas ao hospital, unidade ou pessoa abaixo**

**Selecione:**  Psiquiatra  Terapeuta  Prestador de cuidados primários  Escola  Pai/Mãe  Cônjuge  
 Outro familiar  Departamento de Saúde Mental  Departamento de Crianças e Famílias  
 Programa de Residência  Outro: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

 **As informações solicitadas devem ser encaminhadas à seguinte unidade da CHA:**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Finalidade:**

Atendimento médico  Seguro  Legal  Pessoal  
 Outra: \_\_\_\_\_



**Autorização para comunicação de informações de saúde protegidas e sua obtenção com outros Prestadores de Saúde**

**Informações a serem obtidas/divulgadas: (Especificar datas)**

- Comunicação verbal (abrange desde o nascimento até o presente, salvo indicação em contrário):  
\_\_\_\_\_
- Registro completo: \_\_\_\_\_
- Outro (especifique o tipo de informação): \_\_\_\_\_
- Resumo de registro (por exemplo, Histórico e Exames Físicos, Relatórios de Testes, Sumário de Alta):  
\_\_\_\_\_

Por meio de minha assinatura abaixo, eu autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar minhas informações de saúde, inclusive informações altamente sensíveis. Eu entendo que, após a Cambridge Health Alliance divulgar minhas informações de saúde, a Cambridge Health Alliance não poderá garantir que o destinatário não irá repassar minhas informações de saúde terceiros, que poderão ou não estar obrigados por lei a manter minhas informações confidenciais.

Eu posso me recusar a assinar ou revogar (a qualquer momento) esta Autorização por qualquer motivo e, se eu recusar ou revogar esta permissão, isso não afetará meu atendimento pela Cambridge Health Alliance. Eu entendo que esta Autorização permanecerá em vigor até o término de sua validade ou até que eu forneça uma notificação de revogação por escrito ao Privacy Office (Departamento de Privacidade) da Cambridge Health Alliance no endereço abaixo. A revogação entrará em vigor imediatamente após o recebimento da minha notificação por escrito pela Cambridge Health Alliance, com a exceção de que a revogação não afetará as divulgações ocorridas antes da data de recebimento de minha revogação.

Posso entrar em contato com o Privacy Officer (Diretor de Privacidade) da Cambridge Health Alliance pelo endereço 103 Garland St, Everett, Ma 02149 ou por meio do CHA Health Information Management (H.I.M.) Department (Departamento de Gestão de Informações de Saúde da CHA).

Eu li e compreendo os termos desta Autorização e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre a divulgação de minhas informações de saúde. Por meio de minha assinatura abaixo, eu, de forma consciente e voluntária, autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar minhas informações de saúde como descrito acima.

Firma del paciente/persona autorizada a firmar por el paciente:

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Padre  Representante legal

Sí  No Se recurrió a un intérprete para obtener este consentimiento