CHA Cambridge Health Alliance

Cambridge/Everett/Somerville Hospital 617-381-7126

Somente para uso interno

MRN_____

Nº REQ_____

Autorização para divulgação de prontuário médico O formulário assinado poderá ser enviado por fax para **617-381-7179**, ou **617- 381-7277**

Enviar por correio para: **HIM/Medical Records**
CHA Everett Hospital 103
Garland Street
Everett, MA 02149

Preencha este formulário e assine na página 2 onde indicado

Informações do(a) paciente:

Nome do(a) paciente**: Sobrenome**_____ **Nome**_____**D. Nasc.** _____

End. residencial: _____ Cidade: _____

Estado: _____ CEP: _____ Celular: (_____) _____ Outro tel.: (____) _____

Por meio deste documento, autorizo a **Cambridge Health Alliance** a divulgar cópias das minhas informações de saúde protegidas para a(s) seguinte(s) pessoa(s) no endereço informado abaixo:

Divulgar informações para: ❒ **Eu mesmo(a)**

OU Instituição: _____ Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

A/c: _____ Telefone: (___) _____ FAX: (_____) _____

Finalidade da divulgação:

❒ Cuidados médicos ❒ Seguro ❒ Jurídica ❒ Pessoal ❒ Outra _____

Formato da divulgação:

❒ CD ❒Papel ❒Fax (apenas ao médico) ❒ Outra: _____

**** Consulte no Aviso de Privacidade da Cambridge Health Alliance informações sobre taxas de cópia que possam estar associadas a esta solicitação. ** Poderá haver cobranças adicionais no caso de cópias de fotografias.***

INFORMAÇÕES A DIVULGAR *(Assinale todas as opções aplicáveis. OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR DATAS DE TRATAMENTOS)*:

❒ Data(s) de todo o prontuário _____
❒ Data(s) de notas sobre visitas clínicas _____
❒ Data(s) de resumo de alta _____
❒ Data(s) de laudos laboratoriais _____
❒ Data(s) de laudos operatórios _____
❒ Data(s) de fotografias**_____
❒ Data(s) de laudos patológicos _____
❒ Data(s) de laudos radiográficos/ressonâncias _____
❒ Data(s) de outros (especifique) _____
❒ Data(s) de sumário de prontuário médico (p. ex., histórico e exame físico, laudo operatório, consultas, laudos de alta)

Caso queira a inclusão de informações altamente sensíveis em seus registros, assinale a caixa abaixo:

❒ Sim	Resultados de testes e/ou tratamento para HIV/AIDS.
❒ Sim	Resultados de testes e/ou tratamento para hepatite C.
❒ Sim	Registros sobre abuso de álcool e drogas: protegidos pelas regras regulatórias federais 42 CFR Parte 2 (REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO FUTURA DESSA INFORMAÇÃO, A MENOS QUE TAL DIVULGAÇÃO SEJA EXPRESSAMENTE AUTORIZADA MEDIANTE CONSENTIMENTO POR ESCRITO DA PESSOA À QUAL SE REFERE OU QUE SEJA DE OUTRA MANEIRA PERMITIDA PELA 42 CFR Parte 2)
❒ Sim	Resultados de testes e/ou tratamento para doenças sexualmente transmissíveis e/ou HPV.
❒ Sim	Violência doméstica.
❒ Sim	Agressão sexual.
❒ Sim	Resultados de testes genéticos e/ou tratamento para doenças genéticas.
❒ Sim	Doença mental, saúde comportamental: comunicação confidencial com um psicoterapeuta, psicólogo, assistente social, conselheiro para vítimas de agressão sexual ou violência doméstica, qualquer outro profissional de saúde mental ou serviços humanos.

PERÍODO: esta autorização expirará automaticamente 1 ano após a data de sua assinatura, a menos que especificado:

Mediante minha assinatura abaixo, autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar minhas informações de saúde durante o período desta autorização para a(s) finalidade(s) específica(s) listada(s): ("A pedido do paciente" é suficiente caso o paciente esteja ocasionando esta autorização).

Entendo que, após a divulgação das minhas informações de saúde pela Cambridge Health Alliance ao destinatário, ela não garante que este não divulgará minhas informações de saúde a terceiros. Qualquer terceira parte pode não ser obrigada a cumprir esta autorização ou legislações federais e estaduais aplicáveis que regem o uso e a divulgação das minhas informações de saúde.

Entendo que posso me recusar a assinar ou posso revogar (a qualquer momento) esta autorização, por qualquer motivo, e que essa recusa ou revogação não afetará o início, a continuação nem a qualidade do meu tratamento pela Cambridge Health Alliance, exceto, porém, se meu tratamento na Cambridge Health Alliance tiver o único objetivo de gerar informações de saúde para divulgação ao destinatário identificado nesta autorização. Nesse caso, a Cambridge Health Alliance poderá recursar-se a tratar-me caso eu não assine esta autorização.

Entendo que esta autorização continuará vigente até a expiração do prazo ou se eu oferecer um aviso de revogação por escrito ao Escritório de Privacidade da Cambridge Health Alliance situado no endereço abaixo. A revogação entrará em vigor imediatamente após o recebimento do meu aviso por escrito pela Cambridge Health Alliance; contudo, e revogação não terá qualquer efeito sobre medidas tomadas pela Cambridge Health Alliance com base nesta autorização antes do recebimento de meu aviso de revogação por escrito.
Poderei contatar o(a) **Diretor(a) de Privacidade da Cambridge Health Alliance por correio, no endereço 103 Garland St, Everett, Ma 02149** ou por meio do Departamento de Gestão em Saúde da CHA.

Li e entendi os termos desta autorização e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre a divulgação das minhas informações de saúde. Abaixo assinado, neste ato, consciente e voluntariamente, autorizo a Cambridge Health Alliance a divulgar minhas informações de saúde da forma descrita acima.

Assinatura do(a) paciente/Assinatura da pessoa autorizada a assinar pelo(a) paciente:

_____ Data _____ Hora _____

Relação com o paciente: ☐ Pai/Mãe ☐ Representante legal

☐ Sim ☐ Não Um intérprete foi utilizado para obter este consentimento