

Autorização para Divulgação de Informações de Saúde Protegidas (Imagens Radiológicas)**Informações do paciente**

Sobrenome _____ Nome _____ Inicial do segundo nome _____

Data de nascimento ____ / ____ / ____ Endereço residencial _____

____ Apto. nº _____ Cidade _____

Estado _____ CEP _____ Telefone residencial (____) ____ - _____

Telefone alternativo (____) _____ - _____

Por meio deste documento, autorizo o Departamento de Radiologia da Cambridge Health Alliance (CHA) a divulgar as seguintes imagens médicas, incluindo os respectivos laudos, às pessoas indicadas e nos locais ou instituições listados abaixo, para as finalidades descritas:

Finalidade:☐ Atendimento médico ☐ Seguro ☐ Jurídico ☐ Pessoal☐ Outra: _____**Informações a serem divulgadas:**

Exame: _____ Data de realização: _____

Exame: _____ Data de realização: _____

Exame: _____ Data de realização: _____

Outro: _____

Divulgar informações para:

Nome/Instituição: _____

Aos cuidados de: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Estado: ____ CEP: _____ Telefone: (____) ____ - _____ Fax: (____) ____ - _____

Estou ciente de que:

- Posso revogar minha autorização a qualquer momento mediante o envio de uma solicitação por escrito ao Diretor de Radiologia.
A autorização poderá ser revogada, exceto nas seguintes situações:
 - Na medida em que já tenham sido tomadas providências com base nesta autorização.
 - Se a autorização tiver sido obtida como condição para a obtenção de cobertura de seguro, outras leis conferem à seguradora o direito de contestar um pedido de indenização com base na apólice.
- As informações divulgadas com base nesta autorização, caso sejam posteriormente divulgadas pelo destinatário, deixarão de ser protegidas pela CHA.

Autorização para Divulgação de Informações de Saúde Protegidas (Imagens Radiológicas)

Li e compreendi os termos desta Autorização e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre a obtenção, o uso e a divulgação das minhas informações de saúde, conforme descrito acima. Por meio da minha assinatura abaixo, autorizo, de forma consciente e voluntária, a Cambridge Health Alliance a obter, usar e/ou divulgar minhas imagens radiológicas da maneira descrita acima.

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

_____ Data _____ Hora _____

Relação com paciente: ☐ Pais ☐ Representante legal

Assinatura da testemunha (em caso de consentimento por telefone ou verbal):

_____ Data _____ Hora _____

☐ Sim ☐ Não Foi utilizado um intérprete para obter este consentimento.