



AUTORIZAÇÃO DE ACESSO/DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Etapa 1.

Nome do paciente: _____
(Sobrenome) (Nome) Inicial do Nome preferido
nome do meio

Nome de solteira(o)/Outros nomes: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Cidade _____ Estado _____ Zip _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Etapa 2.

Por meio deste documento, solicito que o Hospital for Special Care:

Divulgue meus registros clínicos PARA:

Obtenha informações DE:

Nome/Pessoa de contato: _____ Departamento (se aplicável): _____

Endereço: _____ Cidade _____ Estado _____ Zip _____

Telefone: _____ FAX: _____

E-mail: _____ Relacionamento com o paciente: _____

Etapa 3.

Motivo do compartilhamento de informações:

Eu quero uma cópia dos meus registros clínicos

Motivos médicos/Continuidade do tratamento

Legal

Deficiência

Remuneração profissional

Seguro Social/Benefícios relacionados a deficiências

Seguro

Benefício de Veteranos

Razões pessoais/Outros _____

Etapa 4.

Método de compartilhamento/Formato:

Portal do paciente Follow My Health

Correio

Papel

FAX

Retirada no local - Informe como você prefere ser contactado quando os documentos estiverem prontos para serem retirados: _____

E-mail seguro* * O HFSC não recomenda o envio de informações por meios eletrônicos utilizando métodos que não sejam assegurados por encriptação (como endereços de e-mail pessoais).

Etapa 5.

Data(s) de serviço ou período coberto por esta solicitação: Admissão completa ou ____/____/____ a ____/____/____

[O formulário é válido por um ano a partir da data da assinatura, a menos que você especifique uma data de término: _____]
Data de término:



Etapa 6.

Tipo de informações que serão compartilhadas:

- Resumo do prontuário médico** (Histórico e exames, Resumo de altas, Relatórios de consultas, Relatórios de procedimentos, Resultados de exames laboratoriais, Relatórios de radiologia e patologia). No resumo, estarão os registros dos últimos 6 meses, a não ser que uma solicitação especial seja feita.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumo de altas | <input type="checkbox"/> Dados ambulatoriais/Visitas/Notas |
| <input type="checkbox"/> Histórico e exame(s) | <input type="checkbox"/> Terapia de fala/física/ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Relatórios de procedimentos/operações | <input type="checkbox"/> Resultados de exames – especificar exame da função pulmonar, exame cardíaco/estresse testes, Ecocardiograma/ECG, etc. _____ |
| <input type="checkbox"/> Relatórios de consulta | <input type="checkbox"/> Carteira de vacinação |
| <input type="checkbox"/> Lista de medicamentos | <input type="checkbox"/> Notas psicológicas/comportamentais |
| <input type="checkbox"/> Relatório de patologia | <input type="checkbox"/> Resultados de exames neuropsicológicos ambulatoriais |
| <input type="checkbox"/> Slides de patologia (processados externamente do HFSC) | <input type="checkbox"/> Exames radiológicos (processados fora do HFSC) |
| <input type="checkbox"/> Resultados de exames laboratoriais | <input type="checkbox"/> Relatório de despesas, separado por itens |
| <input type="checkbox"/> Relatórios de radiologia | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Prontuário clínico completo

EU DESEJO QUE OS SEGUINTEs REGISTROS NÃO SEJAM DIVULGADOS:

- Abuso de álcool, drogas ou outras substâncias Saúde comportamental Testes genéticos
 Doenças sexualmente transmissíveis HIV Outros _____

Menores de idade: O pai ou responsável legal do paciente deve assinar esta autorização caso o paciente seja menor de idade (tenha menos de 18 anos) ou tenha um responsável legal. Se um menor de idade (a partir dos 13 anos) estiver sob tratamento de HIV, abuso de substâncias, controle de natalidade ou doenças transmitidas sexualmente sem o consentimento dos pais, ele deve assinar este formulário. Se um menor de idade (a partir dos 16 anos) estiver sob tratamento comportamental sem o consentimento dos pais, ele deve assinar este formulário. Menores de idade emancipados (a partir dos 16 anos e autorizados legalmente) devem assinar este formulário para o compartilhamento de todos os registros médicos.



Hospital for Special Care
2150 Corbin Avenue
New Britain, CT 06053

Telefone: 860-827-4863
Fax: 860-827-4837
www.hfsc.org

- Caso eu solicite, receberei uma cópia deste formulário.
- De acordo com a lei, será cobrada uma taxa pelas cópias dos meus prontuários médicos/registros de pagamento.
- Eu compreendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento notificando o Departamento de Gestão de Informações Clínicas por escrito. Essa revogação entrará em vigor na data em que o HFSC a receber, não abrangendo nenhuma outra ação que já tiver sido tomada anteriormente em relação a essa autorização.
- Eu compreendo que as informações compartilhadas pelo HFSC referentes a esta autorização podem estar sujeitas a novos compartilhamentos pelo recipiente e podem não estar mais protegidas pelas leis federais de privacidade. No entanto, outras leis podem proibir o recipiente de compartilhar determinados registros, como dados sobre HIV/AIDS, abuso de substâncias ou tratamentos comportamentais.
- Eu compreendo que não preciso assinar este formulário para receber ou continuar quaisquer tratamentos no HFSC, a menos que o HFSC tenha sido solicitado por um terceiro a registrar e compartilhar informações (para fins de avaliação profissional, por exemplo).

Aviso ao recipiente dos registros

Caso os dados compartilhados contenham informações sobre HIV, saúde comportamental ou abuso de álcool, drogas e/ou outras substâncias, aplicam-se as seguintes condições:

As informações compartilhadas com você pertencem a registros cuja confidencialidade é protegida por lei. Leis federais (Título 42 CFR Parte 2) e Estatutos Gerais do Estado de Connecticut (Cap. 368x) proíbem você de fazer qualquer tipo de compartilhamento adicional desses registros sem o consentimento específico por escrito do proprietário, a menos que isso seja permitido legalmente. Uma autorização geral para o compartilhamento de informações psiquiátricas ou de abuso de substâncias NÃO É suficiente para esta finalidade.

Preencha o formulário e envie-o para:

Release of Information – HIM Department
Hospital for Special Care
2150 Corbin Avenue
New Britain, CT 06053

Fax: 860-827-4837
E-mail: ROI@hfsc.org

Nome por extenso: _____ Data: _____

[Imprima o formulário e assine aqui >](#)

Assinatura do paciente ou Representante autorizado

** deve fornecer comprovante de autoridade (a menos que seja pai de um menor de idade)

Marque o grau de relacionamento com o paciente

- Próprio paciente Pai Responsável legal Executor/Administrador do espólio Representante clínico
- Gestor Outro representante legal autorizado _____ (deve fornecer documentação)

Nome por extenso do menor (quando aplicável) _____ Assinatura do menor (quando aplicável) _____ Data _____

Caso o paciente não possa assinar o formulário por conta de limitações físicas, anote o nome e o cargo/credenciais do funcionário que está obtendo esta autorização.



AUTORIZAÇÃO DE ACESSO/DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES CLÍNICAS (Continuação)

Informe os recipientes adicionais (se houver):

<p>Partes que receberão os registros do HFSC ou que compartilharão informações com o HFSC</p> <p>Nome/Pessoa de contato: _____ Departamento (se aplicável): _____</p> <p>Endereço: _____ Cidade _____ Estado _____ Zip _____</p> <p>Telefone: _____ FAX: _____</p> <p>E-mail: _____ Relacionamento com o paciente: _____</p> <p>Método solicitado de compartilhamento/Formato:</p> <p><input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Retirada no local</p> <p><input type="checkbox"/> E-mail seguro* * O HFSC não recomenda o envio de informações por meios eletrônicos utilizando métodos que não sejam assegurados por encriptação (como endereços de e-mail pessoais, flash drives sem encriptação, etc.).</p>
<p>Partes que receberão os registros do HFSC ou que compartilharão informações com o HFSC</p> <p>Nome/Pessoa de contato: _____ Departamento (se aplicável): _____</p> <p>Endereço: _____ Cidade _____ Estado _____ Zip _____</p> <p>Telefone: _____ FAX: _____</p> <p>E-mail: _____ Relacionamento com o paciente: _____</p> <p>Método solicitado de compartilhamento/Formato:</p> <p><input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Retirada no local</p> <p><input type="checkbox"/> E-mail seguro* * O HFSC não recomenda o envio de informações por meios eletrônicos utilizando métodos que não sejam assegurados por encriptação (como endereços de e-mail pessoais, flash drives sem encriptação, etc.).</p>
<p>Partes que receberão os registros do HFSC ou que compartilharão informações com o HFSC</p> <p>Nome/Pessoa de contato: _____ Departamento (se aplicável): _____</p> <p>Endereço: _____ Cidade _____ Estado _____ Zip _____</p> <p>Telefone: _____ FAX: _____</p> <p>E-mail: _____ Relacionamento com o paciente: _____</p> <p>Método solicitado de compartilhamento/Formato:</p> <p><input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Retirada no local</p> <p><input type="checkbox"/> E-mail seguro* * O HFSC não recomenda o envio de informações por meios eletrônicos utilizando métodos que não sejam assegurados por encriptação (como endereços de e-mail pessoais, flash drives sem encriptação, etc.).</p>
<p>Partes que receberão os registros do HFSC ou que compartilharão informações com o HFSC</p> <p>Nome/Pessoa de contato: _____ Departamento (se aplicável): _____</p> <p>Endereço: _____ Cidade _____ Estado _____ Zip _____</p> <p>Telefone: _____ FAX: _____</p> <p>E-mail: _____ Relacionamento com o paciente: _____</p> <p>Método solicitado de compartilhamento/Formato:</p> <p><input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> Retirada no local</p> <p><input type="checkbox"/> E-mail seguro** * O HFSC não recomenda o envio de informações por meios eletrônicos utilizando métodos que não sejam assegurados por encriptação (como endereços de e-mail pessoais, flash drives sem encriptação, etc.).</p>