

# AUTHORIZATION FOR THE DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

(PORTUGUESE)

Page 1 of 2

- UMass Memorial Medical Center  
 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"/> <b>OUTROS (especificar):</b> _____             | <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.*

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

**\*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 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.\*\***

