

cvnJ^EzK0w0THsHrNome do paciente : \_\_\_\_\_ Nome de solteiro : \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° de Telefone: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

**AUTORIZO O CHC A DIVULGAR AS MINHAS  
INFORMAÇÕES A:**

**OU**

**AUTORIZO O CHC A OBTER AS MINHAS  
INFORMAÇÕES DE:**

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

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

Endereço (Cidade/Estado/Código Postal): \_\_\_\_\_

Endereço (Cidade/Estado/Código Postal): \_\_\_\_\_

N° de Telefone: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

N° de Telefone: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

N° de Fax: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

N° de Fax: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Se para **MIM**, os meus registros devem ser partilhados via:

Correio  Fax (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_  Recolha  E-Mail \_\_\_\_\_

**Todos os pedidos de registros médicos devem ser processados pelo departamento de Registros Médicos**

Os tipos de informações a serem divulgadas ou obtidas são os seguintes (**assinale** as caixas apropriadas e inclua outras informações onde indicado):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Notas de progresso         | <input type="checkbox"/> Registros dentários, incluindo raios-X | <input type="checkbox"/> Imunizações                         |
| <input type="checkbox"/> Notas de consulta          | <input type="checkbox"/> Laboratórios                           | <input type="checkbox"/> Raio-X, Exame TC, RM, Resultados US |
| <input type="checkbox"/> Registro de saúde completo | <input type="checkbox"/> Outros: _____                          |  |

**Data(s) do Serviço:**  Todos os registros passados até hoje **OU**  A partir das datas \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

**\*\*\*Se forem incluídas informações sobre abuso de drogas/álcool, saúde psiquiátrica/mental ou HIV/AIDS, você deve assinalar cada caixa abaixo.\*\*\***

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso de álcool/drogas* | <input type="checkbox"/> Saúde psiquiátrica/comportamental | <input type="checkbox"/> Informações relacionadas com HIV/AIDS |
|--|--|--|

\*No entanto, se não pretender divulgar todas as suas informações sobre abuso de álcool e drogas, indique que informações pretende EXCLUIR aqui:

**ESTOU ASSINANDO ESTA AUTORIZAÇÃO PELOS MOTIVOS A SEGUIR:**

Legal  Transferência de cuidados  Cuidados coordenados  Recolocação  Outro: \_\_\_\_\_

Esta autorização irá expirar ao fim de 90 dias a partir da data na qual foi assinada, a menos que eu indique uma validade ou data diferente abaixo:

Entendo que tenho o direito legal de revogar esta autorização a qualquer momento/ Entendo que, se eu revogar esta autorização, devo fazê-lo por escrito e apresentar minha revogação escrita ao Centro Comunitário de Saúde, Departamento de Registros Médicos. Entendo que a revogação não se aplicará às informações que já foram divulgadas em resposta à sua autorização. Entendo que a revogação não será aplicada à minha companhia de seguros quando a lei concede à minha seguradora o direito de contestar uma reivindicação sob a minha política.

Entendo que, assim que as informações acima forem divulgadas, podem ser novamente divulgadas pelo destinatário e que as informações não podem ser protegidas por leis ou regulamentos de privacidade federal.

Entendo que a autorização da utilização ou divulgação das informações identificadas é voluntária. Posso me recusar a assinar esta autorização. Eu não preciso assinar este formulário para garantir o tratamento de saúde. Posso contatar o funcionário de Privacidade se tiver perguntas sobre minhas informações de saúde.

Ao assinar abaixo, reconheço que li e entendi este formulário de autorização e que o CHC tem 30 dias para cumprir meu pedido.

Assinatura do Paciente ou Representante Legal

Data

Nome impresso

Relação com o paciente