

**AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO
DE REGISTROS DE PACIENTE
PORTUGUESE**

**Todas as seções devem ser preenchidas.
EM LETRA DE FORMA (com exceção da assinatura).**

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço do Paciente: _____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____ Telefone: _____

1. Autorizo o Hospital Universitário a divulgar meus registros médicos para: (Eu desejo que enviem os meus registros médicos para):

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____ Telefone: _____

2. Esta autorização está limitada às seguintes datas de tratamento:

DE: _____ PARA: _____

Se as datas exatas não forem conhecidas, forneça um prazo aproximado.

3. Informações a divulgar: (Quais registros você quer?)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro da Sala de Emergência | <input type="checkbox"/> Relatório(s) de Laboratório | <input type="checkbox"/> Registro Médico Completo (todas as páginas) |
| <input type="checkbox"/> Notas Clínicas | <input type="checkbox"/> Relatório(s) de Radiologia | <input type="checkbox"/> Filme(s)/Imagem(ns) de Radiologia |
| <input type="checkbox"/> Resumo/Resumo Hospitalar | <input type="checkbox"/> Relatório(s) Operativo(s) | <input type="checkbox"/> EMS/Relatório(s) de ambulância |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | |

4. Objetivo da divulgação: Cuidados médicos Legal Seguro Pessoal Outros: _____

5. Como você gostaria que seus registros fossem entregues?

Papel (Entrega em domicílio ou Retirada pessoalmente) Fax para o médico (Fax: _____)

Eletrônico - selecione uma opção abaixo:

E-mail seguro (fornecer endereço de e-mail): _____

CD

Enviar para minha conta UH MyChart

6. Entendo que as informações a serem divulgadas incluem minha identidade, diagnóstico e tratamento, incluindo **ÁLCOOL, DROGAS, TESTES GENÉTICOS, SERVIÇOS DE SAÚDE COMPORTAMENTAL OU MENTAL, DIREITOS REPRODUTIVOS, DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E INFECCIOSAS, AIDS e HIV**, conforme aplicável. Se você não deseja divulgar nenhum dos itens mencionados acima, indique abaixo. Caso contrário, esta informação será divulgada.

Não divulgue o seguinte: _____

7. Esta autorização poderá ser revogada a qualquer momento mediante notificação por escrito ao Diretor de Gestão de Informações em Saúde no endereço acima, exceto na medida em que o Hospital Universitário já tenha tomado providências com base nela. Se não for revogada anteriormente, esta autorização expirará automaticamente um ano a partir da data de minha assinatura, a menos que eu especifique de outra forma que esta autorização terminará na data seguinte ou simultaneamente com o seguinte evento ou condição: _____

8. Entendo que autorizar a divulgação dessas informações de saúde é voluntária. Posso me recusar a assinar esta autorização. Não preciso assinar este formulário para garantir tratamento, pagamento, inscrição ou elegibilidade para benefícios. Entendo que posso inspecionar ou obter uma cópia das informações a serem usadas ou divulgadas, conforme previsto no CFR 164.524. Entendo que qualquer divulgação de informações acarreta o potencial de uma nova divulgação não autorizada e as informações podem não ser protegidas por regras federais de confidencialidade. Se eu tiver dúvidas sobre a divulgação de minhas informações de saúde, posso entrar em contato com o Departamento de Gerenciamento de Informações de Saúde.

Assinatura do paciente ou

Guardião Legal / Representante Autorizado: _____ Data: _____

Nome em letra de forma do Guardião Legal / Representante Autorizado: _____

Relação, se não for o paciente: _____

*Se assinado pelo responsável legal/representante autorizado do paciente, a documentação legal de apoio **DEVE** acompanhar este formulário de autorização.*

For Office Use Only:

MR #: _____ Request ID: _____