

Autorização de Liberação de Informações

**PARA LIBERAR REGISTROS DO
DANBURY HOSPITAL**

TO RELEASE RECORDS FROM DANBURY HOSPITAL

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome: _____
Nome dos pais (se menor): _____
Nome na ocasião do tratamento: _____
Telefone: residencial: _____ comercial: _____

Data de nascimento: _____

ENDEREÇO ATUAL DO PACIENTE

Rua _____
Cidade _____ Estado _____ Cep _____

SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Eu autorizo o Danbury Hospital a revelar as informações abaixo descritas para:

Nome do interessado / Instituição _____

Endereço do interessado / Instituição _____

Data(s) do tratamento: _____

Informação a ser revelada:

- Resumo de alta
 Registros do setor de emergência
 Chamadas telefônicas documentadas
 Outro _____
- Relatório operatório
 Resultado da patologia
 Continuação de Tratamento Abstracto
- Resultados de raio-X
 Resultados laboratoriais

PODERÁ SER COBRADA UMA TAXA POR ESTE SERVIÇO, SENDO NECESSÁRIO SEU PAGAMENTO ADIANTADO

- Office Use Only -

Requester ID verified by: _____
employee name

Date copies mailed: _____

Med Rec #: _____

A copy of this signed Authorization form must be given to the patient or patient's representative.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, por este documento, a liberação de meus registros / registros dos meus filhos acima indicados, incluindo informações relativas a AIDS/HIV +, psiquiatria, uso de drogas e / ou álcool, se aplicável, e ao Danbury Hospital o uso dessas informações para a finalidade de:

- Por solicitação do paciente Outro _____

Estou ciente de que, se o destinatário das informações não for um prestador de serviço médico ou um plano de saúde coberto pela Privacy Rule (Regras de Privacidade) federal, as informações usadas ou divulgadas conforme acima descrito acima podem ser novamente divulgadas pelo destinatário e não estão mais protegidas pelo Privacy Rule (Regras de Privacidade). Entretanto, outra lei federal ou estadual pode proibir o destinatário de divulgar informações especialmente protegidas, tal como tratamento por uso de droga, informações relacionadas a HIV/AIDS e informações sobre saúde mental/psiquiátrica. Eu fui informado que a minha recusa em consentir a liberação de informações relacionadas a tratamento psiquiátrico não prejudicará meu direito de obter tratamento psiquiátrico presente ou futuro exceto quando a liberação da comunicação e dos registros for necessária.

Estou ciente de que o Danbury Hospital pode recusar-se a me prestar assistência médica que se destinem somente à finalidade de criar informação de saúde para divulgação a terceiros caso eu me recuse a assinar esta Autorização de divulgação de informação de saúde para terceiros. Estou ciente também de que não me é exigida a assinatura desta Autorização como uma condição tratamento, pagamento, inscrição ou habilitação para benefícios.

Estou ciente de que eu posso revogar esta autorização por escrito a qualquer momento, exceto quando o Danbury Hospital já tenha tomado providências com base na autorização. A não ser que eu revogue esta autorização antes daquela ocasião, esta autorização expira 12 meses após a data da assinatura. A carta de revogação deve ser enviada para o Departamento de Serviços de Informações de Saúde do Danbury Hospital no endereço acima.

Assinando embaixo, eu reconheço que li e compreendi este formulário de Autorização.

X

ASSINATURA do paciente ou do representante autorizado do paciente

DATA DE HOJE

REPRESENTANTE AUTORIZADO (em letra de forma)

Parentesco com o paciente/Autoridade para agir em nome do paciente

Quando assinado pelo Representante do Paciente, especificar a relação de parentesco do assinante com o paciente e descrever a autoridade para agir em seu nome.

Se o paciente for menor (menos de 18 anos) ou tem um tutor legal, na maioria dos casos, esta autorização deve ser assinada pelos pais do paciente ou pelo tutor legal. Se um paciente menor está recebendo tratamento por condições psiquiátricas, uso de droga/álcool, doença venérea ou HIV/AIDS, o consentimento do menor pode ser exigido para a divulgação dos registros. Se o Hospital determinar que o consentimento do menor é necessário para liberar os registros solicitados, o Hospital entrará em contato com o menor para obter sua autorização.

OBSERVAÇÃO

PROIBIÇÕES DE NOVA DIVULGAÇÃO

Registros e Comunicações Psiquiátricas

No caso das informações liberadas constituírem comunicação privilegiada entre psiquiatra e paciente:

A confidencialidade deste registro é exigida pelo Capítulo 899 dos Estatutos Gerais de Connecticut Este material não será transmitido para ninguém sem a autorização por escrito conforme estabelecido nos estatutos acima mencionados.

Registros de Uso de Drogas e Álcool

No caso das informações liberadas serem protegidas pela Regulamentação da Confidencialidade dos Registros do Paciente sobre Uso de Droga e Álcool HHS:

Estas informações lhe foram reveladas de registros protegidos pelas regras de confidencialidade Federais (42 CFR Parte 2). As regras Federais proíbem-no de fazer qualquer divulgação adicional desta informação a não ser que a divulgação seja expressamente permitida por consentimento por escrito pela pessoa a quem pertencem ou conforme permitido adicionalmente pela 42 CFR Parte 2. Uma autorização geral para liberação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para esta finalidade. As regras Federais restringem qualquer uso das informações para investigações criminais ou para processos contra qualquer paciente de uso de droga ou álcool.

Informações relacionadas ao HIV

No caso das informações liberadas constituírem informações confidenciais relacionadas ao HIV sob a lei de Connecticut:

Estas informações lhes foram reveladas de registros cuja confidencialidade está protegida por lei estadual. A lei estadual lhe proíbe fazer qualquer divulgação adicional delas sem o consentimento por escrito, específico da pessoa a quem pertencem, ou de alguma outra forma permitida pela referida lei. Uma autorização geral para a divulgação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para esta finalidade.