



Bem vindos ao Outer Cape Health Services

Estamos agradecidos por você ter nos escolhidos como seus provedores de cuidados de saúde.

Este novo pacote de registro de pacientes deve ser preenchido e devolvido a nós antes que sua primeira consulta seja agendada. ***Por favor, preencha todos os formulários em tinta preta apenas para garantir a legibilidade quando digitalizado.***

Este pacote inclui o seguinte:

- 1) **Aviso de Práticas de Privacidade:** Por favor, revise este aviso cuidadosamente.
- 2) **Formulário de Registro do Paciente:** Por favor, preencha todas as partes deste formulário. Observe que, Por sermos um Centro de Saúde Federalizado, somos obrigados a coletar informações demográficas sobre todos os pacientes que atendemos.
- 3) **Questionário sobre História de Saúde:** Um resumo do seu histórico médico, medicamentos e alergias. Hábitos de saúde e histórico de saúde da família. Por favor, registre todos os medicamentos que você está usando, incluindo qualquer medicamento sem receita e suplementos que você toma.
- 4) **Contrato de Tratamento, Pagamento e Dados:** Precisa ser assinado antes de consultar um médico.
- 5) **Autorização para Solicitação de Informações pessoais de Saúde:** Para garantir a continuidade dos cuidados, precisamos receber todos os registros médicos do seu Médico Clínico Geral anterior.

(PCP). É de sua responsabilidade preencher o formulário de Autorização para nos conceder permissão para solicitar registros do seu médico anterior.

Por favor, revise as seguintes Responsabilidades do Paciente:

- ❖ **Seguros:** Não aceitamos todos os planos de seguro. Se você tem um seguro de saúde que não aceitamos aqui, você será o responsável pelo pagamento no ato do atendimento. Você mesmo pode enviar seu recibo à sua companhia de seguros para reembolso, embora não possamos garantir que o reembolso será feito se submeter ao seu plano de segur
- ❖ Aceitamos pagamentos em dinheiro, cheque e cartão de crédito.
- ❖ Se tem um plano de seguro que exija a atribuição de um PCP, é da sua responsabilidade contactar a sua seguradora com as informações do seu novo PCP.
- ❖ **Co-pagamentos:** Qualquer co-pagamento que seja exigido pela sua companhia de seguros, devem ser pagos no ato da consulta.
- ❖ **Prescrições:** Exigimos 48 horas de antecedência para processar todos os pedidos de nova prescrição. Se você solicitar um refil numa sexta-feira, talvez só estará disponível na segunda-feira.
- ❖ As substâncias controladas não serão prescritas na primeira visita.

**Por favor, chegue 20 minutos antes da sua consulta. Obrigado por
escolher o Outer Cape Health Services!**



HEALTH SERVICES

NOSSOS USOS E DIVULGAÇÕES

Como normalmente usamos ou compartilhamos suas informações de saúde?

Normalmente, usamos suas informações de saúde das seguintes maneiras.

1) Para tratá-lo (la)

Podemos usar suas informações de saúde e fornecê-las a outras pessoas que estão tratando você.

Exemplo: Um médico que trata você de uma lesão pergunta a outro médico sobre sua condição geral.

Os Serviços de Saúde do *Outer Cape Health* utilizam um registro médico seguro. O acesso aos seus registros médicos e outras informações mantidas pelos Serviços de Saúde do *Outer Cape* é restrito a médicos e funcionários que precisam das informações para fins de tratamento, pagamento ou operações de assistência médica, e outros fins permitidos, conforme descrito por este Aviso.

Em alguns casos, os médicos de outras organizações de saúde podem acessar eletronicamente suas informações de saúde criadas ou mantidas pelo *Outer Cape Health Services*, por meio de uma rede segura para a transmissão de informações de saúde, como a *Massachusetts Health Information Highway ("The Hiway")*. Todos esses médicos são obrigados a tomar medidas para proteger a confidencialidade de suas informações.

2) Para administrar nossa organização podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para executar nosso trabalho na clínica, melhorar seu atendimento e contatá-lo quando necessário.

Exemplo: Usamos informações de saúde sobre você para avaliar a qualidade do atendimento que prestamos.

3) Para faturar pelos nossos serviços

Podemos usar e compartilhar suas informações de saúde para faturar e cobrar o pagamento de planos de saúde ou entidades, incluindo indivíduos, como por exemplo membros da família que são responsáveis por pagar por seus cuidados de saúde.

Exemplo: Fornecemos informações sobre você à sua operadora de seguro de saúde para que ela pague por nossos serviços.

Como podemos compartilhar suas informações?

Temos permissão ou obrigação de compartilhar suas informações de outras maneiras, geralmente de maneiras que contribuam para o público

AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Sua Informação. Seus Direitos. Nossas Responsabilidades

Bom, como saúde pública e pesquisa. Temos que cumprir muitas condições na lei antes de podermos compartilhar suas informações. Para mais informações:

www.hhs.gov/privacy/hipaa

Ajuda com questões de saúde pública e segurança Como:

- Prevenção de doenças
- Ajudando com recalls de produtos
- Notificação de reações adversas a medicamentos
- denúncia de abuso, negligência ou violência doméstica.

Faça pesquisa

Podemos usar ou compartilhar suas informações para pesquisas em saúde.

Cumprir a lei

If lei estadual ou federal assim o exige, compartilharemos suas informações. Isso inclui o Departamento de Saúde e Serviços Humanos, se quiserem ver se estamos cumprindo as leis federais de privacidade.

Exemplo: *Massachusetts Immunization Information*

Systems ("M/IS") é um sistema estadual para rastrear imunizações dadas a você e sua família. O objetivo é garantir que todos no estado estejam em dia com suas vacinas e que os registros estejam disponíveis quando você precisar, como quando uma criança entra pra escola, em uma emergência ou quando você muda de profissional de saúde. Você pode optar por sair do programa, mas suas informações continuarão a ser mantidas no banco de dados M/IS. Optar por sair significa apenas que você precisa acompanhar os registros de vacinação do seu filho no caso de mudar de médico ou se imunizar em outra unidade de saúde. **Responder a**

solicitações de doação de órgãos e tecidos

Compartilhamos informações sobre você com organizações de procura de órgãos para doação.

Trabalhar com um médico legista ou diretor funerário

Compartilhamos informações quando um indivíduo morre.

Atender à leis de compensação trabalhista, aplicação da lei e outras solicitações do governo

- Pedidos de compensação trabalhista
- Fins de aplicação da lei com um oficial da lei
- Com órgãos de fiscalização sanitária para atividades autorizadas por lei
- Para funções especiais do governo, como serviços militares, de segurança nacional e de proteção presidencial.

Resposta a ações judiciais e ações legais

Podemos compartilhar informações de saúde sobre você em resposta a uma ordem judicial ou administrativa ou em resposta a uma intimação.

NOSSAS RESPONSABILIDADES

- Somos obrigados por lei a manter a privacidade e a segurança de suas informações pessoais de saúde.
- Avisaremos você imediatamente se ocorrer uma violação.
- Seguiremos os deveres e práticas de privacidade descritos neste Aviso e forneceremos uma cópia.
- Não compartilharemos ou usaremos suas informações além das descritas neste Aviso, a menos que você nos diga que podemos. Se você mudar de ideia a qualquer momento, você deve nos informar por escrito.

SEUS DIREITOS

Esta seção explica seus direitos e algumas ou nossas responsabilidades para ajudá-lo.

Obtenha uma cópia eletrônica do seu prontuário médico

Você pode pedir para ver ou obter uma cópia eletrônica ou em papel do seu prontuário médico e outras informações de saúde que tenhamos sobre você. Pergunte-nos como podemos ajudar a fazer isso. Forneceremos uma cópia no prazo de 30 dias após

- seu pedido. Podemos cobrar uma taxa razoável baseada em custos de acordo com a lei estadual e federal.

Peça-nos para corrigir seu prontuário médico

Você pode nos pedir para corrigir informações sobre você que você acha que estão incorretas. Pergunte-nos como podemos ajudar a fazer isso. Podemos dizer "não" ao seu pedido, mas informamos o porquê por escrito no prazo de 60 dias. Se dissermos "não", você ainda tem o direito de ter sua discordância anotada em seu arquivo.

Solicitar comunicações confidenciais

Você pode nos pedir para entrar em contato com você de uma forma específica (telefone ou celular) e todas as solicitações razoáveis serão aprovadas.

Peça-nos para limitar o que compartilhamos

- Você pode solicitar que não compartilhem ou usemos certas informações de saúde. Não somos obrigados a concordar com o seu pedido e podemos dizer "não" se isso afetar os seus cuidados.
- Se você pagar do seu bolso por algum cuidado específico, você pode nos pedir para não compartilhar essas informações com sua seguradora de saúde. Diremos "sim", a menos que uma lei nos obrigue a compartilhar essas informações.

Obtenha uma lista daqueles com quem compartilhamos informações

- Pode pedir uma lista (departamento contábil) das vezes que compartilhamos suas informações de saúde nos últimos 6 anos antes da data que você pergunta, com quem as compartilhamos e por quê.
- Faremos todas as divulgações, exceto aquelas sobre tratamento, pagamento, operações de saúde e quaisquer outras divulgações que você nos pediu para fazer.

Forneceremos uma cópia por ano gratuitamente, mas cobraremos uma taxa razoável baseada em custos se você fizer outra dentro de 12 meses.

Obtenha uma cópia do Aviso de Privacidade

Você pode pedir uma cópia impressa deste aviso, mesmo que você tenha concordado em obter documentos eletronicamente.

Apresente uma queixa se sentir que os seus direitos foram violados

- Você pode reclamar, se achar que violamos seus direitos, entrando em contato com a clínica onde você recebeu atendimento ou entrando em contato com o departamento de privacidade no Outer Cape Health Services pelo telefone 508-905-2800.
- Você pode registrar uma reclamação no Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, SW, Washington DC 20201, 1-877-696-6775 ou www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints
- O Outer Cape Health Services não retaliará contra você por apresentar uma reclamação.

SUAS ESCOLHAS

Para algumas informações de saúde, você pode nos dizer suas escolhas sobre o que podemos compartilhar. Por favor, deixe-nos saber se você tem uma preferência clara sobre como compartilhamos informações nas situações descritas abaixo.

- Compartilhe informações com sua família, amigos próximos ou outras pessoas envolvidas em seu cuidado.
- Compartilhar informações em uma situação de socorro para casos de desastre

Se você não estiver presente, incapaz de se comunicar ou em uma situação de emergência, poderemos exercer julgamento para determinar se devemos divulgar informações a outras pessoas envolvidas em seu atendimento. Também podemos compartilhar informações quando necessário para alertar sobre uma ameaça séria e iminente à saúde ou à segurança. As leis federais e estaduais exigem sua autorização específica por escrito para a divulgação dessas informações: anotações de psicoterapia, conforme definido em lei; comunicação com determinados profissionais de saúde comportamental; comunicações entre as vítimas de violação doméstica e o(s) seu(s) conselheiro(s) de violência doméstica; e entre vítimas de agressão sexual e seu(s) conselheiro(s) de agressão sexual; e informações relacionadas ao tratamento do abuso de substâncias, teste de HIV ou resultados; tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e testes genéticos. Assim como o marketing e a venda de suas informações. No caso de captação de recursos, caso não deseje ser contatado, ligue para o nosso Escritório de Desenvolvimento pelo telefone 508- 905-2800.

DIREITO DE ALTERAR OS TERMOS DESTES NOTAS

Podemos alterar os termos deste Aviso, e as alterações serão aplicadas a todas as informações que tivermos sobre

Formulário de Cadastro de Pacientes

Informações sobre o paciente (Por favor, imprima claramente com caneta PRETA)			
*Nome Oficial	Último sobrenome	Nome	Inicial do nome do meio
			Nome preferido:
Gênero legalmente (escolha um) * ☐ Feminino ☐ Masculino			Pronome:
<i>*Embora que o Outer Cape Health Services reconheça uma variedade de gêneros, muitas companhias de seguros e entidades legais infelizmente não o fazem. Por favor fique ciente de que o nome e o gênero que você listou em seu seguro, devem ser usados em documentos relacionados à seguro, faturamento e correspondência. Se o seu nome e pronomes preferidos forem diferentes destes, por favornos informe.</i>			
Data de Nascimento (mm/dd/ano) _____ / _____ / _____		Seguro Social #	
Informações de Contato			
Endereço de Correspondência:		Cidade	Estado
			CEP:
Endereço (se diferente do endereço acima)		Cidade	Estado
			CEP:
Por favor circule o numero principal:			
Telefone Residencial ()	Telefone Celular ()	Telefone de trabalho ()	Preferência de comunicação
Ok deixar mensagem? ☐ Sim ☐ Não	Ok deixar mensagem? ☐ Sim ☐ Não	Ok deixar mensagem? ☐ Sim ☐ Não	Marque todos os que se aplicam: ☐ Correio ☐ MyChart ☐ E-mail ☐ Telefonema <u>Lembrete de agendamento:</u> O default é mensagem de texto. Marque se preferir telefonema ☐
Endereço de e-mail			Quer de aderir ao MyChart? ☐ Sim ☐ Não
Informações Demográficas			
Estas informações são somente para razões demograficas e não afetarão seus cuidados. Como um Centro de Saúde Federalmente qualificado, exige-se que o Outer Cape Health colete informações demográficas de todos os pacientes que servimos. As informações providas serão em caráter confidencial.			
Estado Civil			
☐ Casado (a) ☐ Juntado ☐ Solteiro (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Outro _____			
Etnia	Grupo (s) social (ais)	Estatus de Veterano	Língua de Preferência (escolha uma)
☐ Hispânico/Latino (a) ☐ Não Hispânico (a) Desconhecido	(Marque todos que se aplicam) Nativo do Alasca Havaiano Nativo (a) Índio Americano (a) Ilhas Pacíficas Asiático Desconhecido Negro (a) Africano ☐ Branco (a)	Servi-o ativo ☐ Servi-o Inativo ☐ Não Veterano (a) ☐ Na reserva ☐ Veterano (a)	☐ Inglês ☐ Espanhol ☐ Francês ☐ Português Outra _____

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento: _____

Patient Contacts		
Nome do Contato de Emergência	Número de Telefone	Parentesco
Se tiver menos do que 18, o Departamento de Saúde Pública exige que forneça informações dos pais/responsáveis para contato.		
Nome dos pais/responsáveis	Número de Telefone	Parentesco
Permissão para falar/compartilhar informações Eu autorizo a liberação de minhas informações médicas para os indivíduos abaixo. Eu compreendo que esta autorização é voluntária. Eu compreendo que, uma vez que informações são liberadas pelo <i>Outer Cape Health Services</i> , eles não mais poderão garantir a confidencialidade das informações. Eu compreendo que essa autorização permanecerá até que <i>Outer Cape Services</i> receba, por escrito, solicitação para cancelamento da autorização.		
Nome	Parentesco	Número de Telefone
Emprego		
Stado Empregaticio ☐ Empregado tempo integral ☐ Empregado tempo parcial ☐ Estudante tempo integral ☐ Outro: _____	Ocupação Nome empregador/escola	Você é coberto por seguro de trabalho ou escola? ☐ Sim ☐ Não
Orientação Sexual & Identificação de gênero		
Orientação Sexual ☐ Lésbica ☐ Assexuado ☐ Gay ☐ Omnisexual ☐ Heterossexual ☐ Queer ☐ Bisexual ☐ Não Sei ☐ Pansexual ☐ Outro (a) ☐ Escolho não responder	Identidade de Gênero ☐ Feminino ☐ Questionando ☐ Masculino ☐ Outro ☐ Transgênero Feminino ☐ Transgênero Masculino ☐ Gênero Queer ou não Binário ☐ Escolho não responder	Sex assigned at birth. ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Intersexual ☐ Escolho não responder
Farmacia de Preferência		
Nome da farmácia _____ Endereço _____		
Informações de seguro		
Médico	Seguradora	Assinante # Nome do Segurado
Seguro secundário	Seguradora	Assinante # Nome do Segurado
Visão	Seguradora	Assinante # Nome do Segurado

Formulário Demográfico Anual

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

Todos os pacientes precisam completar este formulário e atualizá-lo anualmente, pois como um centro de saúde qualificado federalmente, temos que reportar as informações a seguir. Essas informações são, somente, para reportes e uso em concessões. Nenhuma informação pessoal identificável é reportada. A confidencialidade do que você reportar abaixo, é protegida por lei.

Tamanho da família:

Quantas pessoas moram em sua casa? _____

Rendimento:

Contando com você, seu esposo (a) e todos as crianças (abaixo de 18 anos e que ainda são reportados como dependentes em seu imposto de renda). Qual é o rendimento bruto (antes do imposto) de sua família?

\$ _____ Escolha uma opção: ☐ Diário ☐ Semanal ☐ Mensal ☐ Anual

Sem teto:

Qual opção melhor descreve sua situação de sem teto?

- ☐ Risco de me tornar sem teto
- ☐ Criança com risco de se tornar sem teto
- ☐ No momento não estou sem teto, mas estive nessa situação nos últimos 12 meses
- ☐ Morando em um abrigo
- ☐ Morando com outros
- ☐ Não estou sem teto
- ☐ Ajuda com moradia permanente
- ☐ Hotel de ocupação única
- ☐ Rua, campo, pontes
- ☐ Em moradia transicional
- ☐ Veterano correndo risco de me tornar sem teto

Stato de Migrante /Trabalhador de temporada:

Você é migrante/trabalhador de temporada?

☐ Temporada ☐ Migrante ☐ Nenhum dos dois



HEALTH SERVICES

Questionário de Histórico de Saúde Anual

A informação dada é estritamente confidencial e fará parte do seu histórico médico. Por favor responda as perguntas da melhor maneira possível, principalmente informações novas ou que passaram por mudança no último ano. Você pode deixar partes ou o formulário todo em branco, mas seu provedor poderá te fazer as perguntas durante sua visita médica. **Por favor use somente caneta PRETA.**

Data do preenchimento: _____

DEMOGRÁFIA

Último Sobrenome: _____ Primeiro Nome _____ Inicial do nome _____
do meio _____

Data de Nascimento (mm/dd/aaaa) _____

Qual é sua Identidade de gênero? (Marque todos que se aplicam)

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Feminino-a-Masculino (FTM)/Transgender
- ☐ Masculino/Trans homen
- ☐ Masculino-a-Feminino (MTF)/Transgender
- ☐ Feminino/Trans mulher
- ☐ Genero queer, nem homem nem mulher exclusivamente
- ☐ Categoria de Cênero adicional /(ou outro), por favor especifique
- ☐ Negar resposta, por favor explique o por que

Qual sexo foi designado a você em sua certidão de nascimento original? (Marque um)

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino
- ☐ Negar resposta, por favor explique o por que

Provedor de saúde anterior: (Nome do Médico Clínico Geral, Clínica, Número de Telefone)

Data da última visita? _____

Você já preencheu e assinou um formulário de liberação de prontuário médico no seu médico anterior, inclusive médicos especialistas? ☐ Sim ☐ Não

Se ainda não o fez, por favor preencha e assine.

PROBLEMAS MÉDICOS: Circule todos os problemas que já teve

Alergias ou asma	Colesterol (alto) Insuficiência	Pressão alta
Refluxo ácido/Queimação	Cardíaca congestiva	Doença Pulmonar
Alcoolismo	Depressão e/ou ansiedade	Derrame
Anemia	Diabetes	Doença de Tireóide
Artrite	Abuso de álcool ou drogas	Outra (liste):
Caroço na mama/cisto	Doença Cardíaca	
Câncer (tumores)	Hepatite	

CIRURGIAS E OUTRAS HOSPITALIZAÇÕES

Data	Tipo de cirurgia / razão	Nome do hospital

Exames Recentes (ex.: última mamografia, papa Nicolau, colonoscopia – Por favor solicite o prontuário às clínicas aonde tais exames foram feitos.

OUTROS MÉDICOS E ESPECIALISTAS (TIME RESPONSÁVEL PELO CUIDADO DO PACIENTE)

Especialidade	Especialista/ clínico	Especialidade Especialista/clínica
Dental		Gin/OB
Visão		Podiatria
Dermatologia		Outro
Psiquiatria (prescrição)		Outro
Terapeuta/Counselheiro(a)		Outro

PRESCRIÇÕES, MEDICAMENTOS DE PRODUTOS A BASE DE HERVAS SEM RECEITA**NOME****Dose****Frequência****ALERGIAS A MEDICAMENTOS****Medicamento****Reação****ALERGIAS A ALIMENTOS E OUTROS FATORES AMBIENTAIS****Fonte****Reação****HISTÓRICO SOCIAL/HÁBITOS DE SAÚDE E SEGURANÇA PESSOAL****Occupação:** _____**Situação de Moradia:** _____**Estado Civil** ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Juntado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo (a)**Fumante**

Já foi usuário de tabaco?

☐ Fumo no momento☐ Já fumei no passado☐ Nunca fumei

Se já foi fumante, por quantos anos fumou? _____

Ano em que parou? _____

Quantidade diária: Cigarros _____ Charutos _____ Vape/Cachimbo _____

Mastigou _____

Com qual frequência você tomou bebida alcoólica no último ano?

Álcool

- ☐ Nunca ☐ Mensalmente ou menos ☐ duas a quatro vezes ao mês
☐ Two to three times per week ☐ Quatro ou mais vezes por semana

Quantos drinques contendo álcool você tomava num dia típico quando você estava bebendo no último ano? (1 drink = 12 oz. cerveja, 4 oz vinho, 1.5 oz destilados)

- ☐ 0 drinques ☐ 1 ou 2 ☐ 3 ou 4 ☐ 5 ou 6 ☐ 7 a 9 ☐ 10 ou mais

Com qual frequência você tomou seis ou mais drinques numa única ocasião no ano passado?

- ☐ Nunca ☐ Menos que mensalmente ☐ Mensalmente ☐ Semanalmente ☐ Diariamente
ou quase diariamente

Saúde Sexual

Quando foi a última vez que fez testes para infecções sexualmente transmissíveis (STIs)?

- ☐ Sim ☐ Não

Você teve algum tipo de contato sexual desde a última vez que fez testes para STIs?

- ☐ Sim ☐ Não

Se você tem preocupações a respeito de Infecções Sexualmente Transmissíveis que precisa de atenção urgente, por favor entre em contato com o pessoal da Saúde Sexual pelo número 774-538-3350

- ☐ Sim ☐ Não

Drogas

Alguma vez já usou drogas de rua ou recreacionais?

- ☐ Sim ☐ Não

Alguma vez já usou seringa que não havia sido prescrita para você?

- ☐ Sim ☐ Não

Gostaria de conversar com alguém confidencialmente para falar sobre seu uso de drogas

- ☐ Sim ☐ Não

Violência Doméstica

Alguma vez foi vítima de abuso verbal, psicológico ou físico? Alguma vez se sentiu sem segurança ou ameaçado (a) por alguém próximo?

- ☐ Sim ☐ Não

Você se sente seguro (a) dentro de casa?

- ☐ Sim ☐ Não

Dieta

Liste quaisquer restrições em sua dieta: _____

Exercícios

Quais tipos de exercícios pratica?

Quantas vezes por semana? _____ Duração dos exercícios _____

Cafeína Número de copos/drinques por dia?

Café _____ Refrigerante _____

Chá _____ Bebida energética _____

Saúde Mental Alguma vez foi hospitalizado (a) na Psiquiatria? ☐ Sim ☐ Não

Alguma vez já tentou o suicídio? ☐ Sim ☐ Não

Segurança Alimentar Nos últimos 12 meses, você se sentiu preocupado (a) de que a comida acabaria antes de você ter como comprar mais.

☐ Sim ☐ Às vezes ☐ Nunca

Saúde da Mulher Você está Grávida? ☐ Sim ☐ Não

Data da última menstruação _____ Mestrue a cada ____ dias, por ____ dias

Você está tentando engravidar? ☐ Sim ☐ Não

Se não está, qual é seu método anticoncepcional? _____

HISTÓRICO DE SAÚDE FAMILIAR

☐ Você é **Adotado (a)**? – Histórico desconhecido ☐ Sim ☐ Não

Membro Família	Idade	Vivo?	Se falecido (a), causa	Idade de falecimento
Mãe				
Pai				
Irmãos				
Filhos				
Outro				

Muito Obrigado por Completar este Formulário

Autorização para Solicitação de Informações de saúde protegidas



Nome do paciente	Durante	Primeiro	Data de nascimento	inicial intermediária do paciente (dd/mm/aaaa)
Endereço do Paciente	Rua	Cidade	Estado	CEP
Número de telefone do paciente				
Autorizo e solicito que uma cópia dos meus registros médicos seja enviada por correio ou fax para: Outer Cape Health Services P.O. Box 598, Harwich Port, MA 02646 Fax: 508-487-6298 Para efeitos de: ☐ Pessoal ☐ Jurídico ☐ Transferência de cuidados ☐ Outros informação requerida: _____ ☐ Todos os registros Cobrimo o período de: _____ a _____				
Informações de prática anterior				

Nome da prática				

Endereço de prática				

Número de telefone			Número de fax	

Protegido pela legislação estadual: rubrica abaixo	
Tratamento para abuso de álcool e/ou drogas	EU AUTORIZO. Inicial: _____
HIV/doença transmissível*	EU AUTORIZO. Inicial: _____
Teste genético	EU AUTORIZO. Inicial: _____
Serviços de saúde mental	EU AUTORIZO. Inicial: _____
(Serviços de Saúde Mental prestados por um enfermeiro especialista clínico, psicólogo, assistente social, profissional de aconselhamento ou médico especializado em psiquiatria licenciado nos termos do Título 32)	

Esta autorização é válida para divulgação de Informações Protegidas de Saúde por 180 dias a partir da data abaixo **OU** (indique):

☐ uma divulgação única ☐ após a rescisão dos serviços ☐ até ser revogada por escrito ☐ outra

Nome do Paciente ou Representante Legal (impresso) _____

Endereço: _____

Assinatura do Paciente ou Representante Legal: _____ Data: _____

Relacionamento com o Paciente: _____ Número de telefone: _____

Para a prática de envio de registros, envie **apenas** o seguinte:_____

- Folha de manutenção de saúde
- Registro de imunização
- Último CPE
- Últimas três notas de visita ao escritório
- Laboratórios do ano atual e anterior
- Todos os relatórios de patologia
- Último relatório PAP e quaisquer relatórios anormais
- Última colonoscopia e quaisquer relatórios anormais
- Última mamografia e quaisquer relatórios anormais

- Última radiografia de tórax e quaisquer relatórios anormais
- Todos os estudos de ressonância magnética, tomografia computadorizada e radiologia intervencionista
- Todas as consultas nos últimos 2 anos, com exceção de todas as consultas de cardiologia, oncologia, neuropsiquiatria e dor
- Todos os exames cardiológicos nos últimos 2 anos
- Todos os testes neurológicos (EMG, EEG) ou testes pulmonares nos últimos 2 anos
- Resumos de alta hospitalar
- Todos os registros de saúde mental dos últimos 2 anos

*É necessária uma autorização de divulgação separada para cada solicitação de divulgação dos resultados dos testes de HIV/AIDS, MGL c111§ 70F

**A divulgação de informações deve estar em conformidade com a Lei de Privacidade HIPAA federal e com os regulamentos federais de Confidencialidade de Registros de Clientes de Abuso de Álcool e Drogas, 42 CFR, parte 2. Nota ao destinatário: Contém informações confidenciais. 42 CFR parte 2 proíbe você de fazer qualquer divulgação adicional dessas informações, a menos que expressamente permitido pelo consentimento por escrito da pessoa a quem elas pertencem ou conforme permitido por lei. Uma autorização geral para a divulgação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para este fim. As regras federais restringem qualquer uso das informações para investigar criminalmente ou processar qualquer abuso de álcool ou drogas.

Por meio deste, divulgo minhas informações de saúde para os fins mencionados acima. Compreendo que, uma vez divulgadas essas informações ao destinatário pretendido, o OCHS não pode garantir que o destinatário não divulgará novamente as minhas informações de saúde a terceiros. O terceiro pode não ser obrigado a cumprir esta Autorização ou a lei federal e estadual aplicável que rege o uso e a divulgação das minhas informações de saúde.

Se eu tiver dúvidas sobre a divulgação das minhas informações de saúde, posso entrar em contato com o Diretor de Conformidade dos Serviços de Saúde de Outer Cape: 508-905-2820 ou patient Experience@outercape.org

Um fac-símile ou cópia deste documento é válido como o original.
Digitalize o documento concluído para EMR: consentimentos e contratos

Revisado em 01/12/2023