

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS
(Inclusive a divulgação de prontuário de Transtorno por Uso de Substâncias para todos os fins que não sejam tratamento/pagamento/operações)

Parte 1: Informações do paciente

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Parte 2: Nomes das partes que divulgam e recebem

Ao assinar esta autorização, autorizo a **Outer Cape Health Services (“Outer Cape”)** a usar, divulgar ou receber minhas informações de saúde protegidas (“PHI”) de ou para a pessoa ou organização abaixo nomeada, verbalmente ou por escrito:

Organização/Indivíduo: _____
Endereço: _____ Fax: _____ Telefone: _____

Programa Outer Cape: _____
Endereço: _____ Fax: _____ Telefone: _____

Parte 3: Descrição de informações de saúde que podem ser usadas ou divulgadas

--Selecione **apenas uma** caixa de seleção abaixo--

- ☐ **TODOS os registros sobre mim**
☐ **TODOS os registros sobre mim, exceto:** _____
☐ **Registros para a(s) data(s):** _____
☐ **Registros relacionados a:** _____
☐ **Outros:** _____

Caso os prontuários de saúde comportamental sejam divulgados:

- ☐ **As seguintes informações de saúde comportamental:**
- | | |
|---|---|
| _____ Avaliação | _____ Prontuário de alta/transferência |
| _____ Diagnóstico | _____ Informações educacionais |
| _____ Avaliação Psicossocial | _____ Avaliação Psicológica |
| _____ Progresso no tratamento | _____ Administração de medicamentos |
| _____ Presença/participação em tratamento | _____ Informações de enfermagem/médicas |
| _____ Notas de psicoterapia* | _____ Outros: _____ |
- (*Não pode ser combinado com nenhuma outra divulgação)

Parte 4: Autorização para divulgação de informações além das protegidas

Indique as **categorias específicas de informações** que você concorda em divulgar. Verifique e assine nas caixas abaixo:

- | | |
|---|--|
| ☐ HIV/AIDS | ☐ Exame genético |
| ☐ Registros de infecções sexualmente transmissíveis | ☐ Agressão sexual |
| ☐ Tratamento/aconselhamento de violência doméstica | ☐ Serviços de planejamento familiar |
| ☐ Uso de álcool ou drogas, exceto notas de aconselhamento sobre distúrbios de uso de substâncias (também conhecido como “ Registros da Parte 2 ”). As regras federais de confidencialidade 42 CFR Parte 2 proíbe o uso ou a divulgação não autorizados desses registros | |
| ☐ Outros(s): _____ (especifique) | |

Parte 5: Finalidade

A(s) finalidade(s) desta autorização é (são):

- | | |
|--|--|
| ☐ Segundo minha solicitação | ☐ Coordenação da assistência |
| ☐ Cuidado/tratamento contínuo | ☐ Assunto relacionado a seguros |
| ☐ Assuntos legais | |
| ☐ Outro: _____ | |

Parte 6: Expiração

A menos que revogada, esta autorização expirará em um dos seguintes eventos, o que mais tardar, como nas seguintes possibilidades: 90 dias a partir da data de assinatura deste formulário, conclusão do tratamento, no momento do faturamento final do seguro ou o seguinte evento/condição. _____

Parte 7: Confirmação

Eu li e compreendo os termos desta Autorização. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o uso ou divulgação das minhas PHI e dos Registros da Parte 2. Recebi uma cópia da autorização assinada, e assinando abaixo, eu compreendo que:

1. Com minha assinatura, o PHI especificado acima, que pode incluir Registros da Parte 2, será liberado para o beneficiário designado acima.
2. A Outer Cape talvez não possa garantir que o beneficiário não divulgue minhas informações de saúde a terceiros. O beneficiário não pode estar sujeito às leis federais que regem a privacidade das PHI ou dos Registros da Parte 2.
3. Eu posso me recusar a assinar esta Autorização e a minha recusa não afetará a minha capacidade de obter o tratamento de Outer Cape, exceto quando: (i) estiver recebendo tratamento relacionado a pesquisa, ou quando (ii) estiver recebendo assistência médica com a exclusiva finalidade de criar informações para divulgação a terceiros. Se forem aplicáveis as exceções (i) ou (ii), minha recusa em assinar uma autorização pode resultar na não obtenção de tratamento de Outer Cape.
4. Meus Registros da Parte 2 podem ser divulgados novamente de acordo com as permissões contidas nos regulamentos da HIPAA, exceto para usos e divulgações para processos civis, criminais, administrativos e legais contra mim.
5. Estou ciente de que posso revogar minha Autorização HIPAA por escrito e o consentimento da Parte 2 para quaisquer fins que não sejam Tratamento, Pagamento ou Operações, verbalmente, a qualquer momento, exceto que a revogação não terá efeito sobre qualquer ação tomada pelo Outer Cape Health Services com base nesta Autorização antes do recebimento do meu aviso de revogação por escrito pelo Outer Cape. Eu posso revogar esta autorização enviando uma solicitação por escrito para o responsável de compliance da Outer Cape: no número 508-905-2820 ou Compliance@OuterCape.org.

Parte 8: Assinatura**ASSINATURA DO PACIENTE**

Assinatura do paciente: _____ Data da assinatura: _____

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE OU ASSINATURA DE OUTRO REPRESENTANTE LEGAL

Quando o paciente não é legalmente competente ou legalmente incapaz de dar consentimento, é necessário que os pais, responsável ou agente de saúde assinem Assinatura do representante legal: _____

Data da assinatura: _____
Nome impresso: _____ Grau de relação com a pessoa _____

APENAS PARA USO EXTERNO DE CAPE – DOCUMENTAÇÃO POR PESSOA QUE ENVIA AS INFORMAÇÕES/FORMULÁRIO

Informações da data de envio/divulgação do formulário: _____ Como ele foi enviado = ☐ correio, ☐ e-mail, ☐ fax
Enviado por (nome, cargo): _____ Data de assinatura: _____

AVISO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) DOS REGISTROS DA PARTE 2

Este registro que foi divulgado para você está protegido pelas regras federais de confidencialidade (42 CFR parte 2). Estas regras proíbem você de usar ou divulgar este registro, ou depoimento que descreva as informações contidas neste registro, em quaisquer processos civis, criminais, administrativos ou legislativos por qualquer autoridade federal, estadual ou local, contra o paciente, salvo se autorizado pelo consentimento do paciente, exceto conforme previsto em 42 CFR 2.12(c)(5) ou autorizado por um tribunal de acordo com 42 CFR 2.64 ou 2.65. Além disso, as regras federais proíbem qualquer outro tipo de uso ou divulgação deste registro, a menos que se aplique pelo menos uma das seguintes situações:

- *O uso ou a divulgação adicional é expressamente permitido pelo consentimento por escrito da pessoa cujas informações estão sendo divulgadas neste registro ou são permitidas de outra forma por 42 CFR parte 2;*
- *Você é uma entidade coberta ou associação comercial e recebeu o registro para tratamento, pagamento ou operações de saúde conforme definido nesta parte; ou*
- *Você recebeu o registro de uma entidade contemplada ou associação comercial conforme permitido por 45 CFR parte 164, subpartes A e E.*