**Authorização para Divulgação e Informação de Prontuário Médico**

**Informação do Paciente**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço do Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Divulgação de Informação**  *Eu por este meio aurorizo Edward M. Kennedy Community Health Center a:*

 **Enviar meu Prontuário Médico para: Obter meu Prontuário Médico de: Entregar-me uma cópia.**

Nome/Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Em Atenção de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razão deste pedido: Pessoal Continuidade de Cuidados (encaminamento/2a opinião)

 Transferência de Cuidados médicos (novo Médico) Razão da transferência: Legal Seg/Saúde Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gostaria de obter meu Histórico da seguinte maneira: Em Papel Electronicamente

**A Informação deve ser entegue: *Favor especificar–****incluir datas dos tratamentos e nome dos médicos se desejado*

 Histórico Completo ou Período: de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informação sensível e legalmene protegida**

**Sua declaração de consentimento é necessária para a dispensa dos Registros Médicos informando à cerca do abaixo indicado. Por favor e cheque e ponha suas iniciais nas categorias que você autoriza que liberemos.**

 Saúde Mental Iniciais: \_\_\_\_\_\_\_\_ Depressão/Ansiedade Initials: \_\_\_\_\_\_\_

 Uso de Álcool/Drogas Inicias: \_\_\_\_\_\_\_\_ Violência Sexual/Doméstica Initials: \_\_\_\_\_\_\_

 HIV Iniciais: \_\_\_\_\_\_\_\_ Testes Genéticos Initials: \_\_\_\_\_\_\_

 Doenças Sexualmente Transmissíveis Iniciais \_\_\_\_\_\_ Aborto Initials: \_\_\_\_\_\_\_

*Compreendo que tenho o direito de revogar esta autorização a qualquer hora através de uma petição enviada ao departamento de Registros Médicos (Health Records Department). Compreendo que esta revogação não se aplicará às informações previamente liberadas como resposta anterior a esta autorização. Compreendo que, somente se há indicação contrária e específica, a presente autorização é válida por 12 meses.*

*Por favor especifique se esta autorização tem validade diferente de 12 meses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Compreendo que a autorização para a liberação destas informações é voluntária. Ademais, eu não preciso assinar este formulário para assegurar meu tratamento. Compreendo que qualquer divulgação de informação implica no risco de uma possível nova divulgação não autorizada podendo esta não ser protegida pelas regras federais de confidencialidade.*

**Assinaturas**

Paciente/Representante Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Em caso de assinatura pelo Representante Legal, Relação com o Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Completo da Testemunha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Records sent on \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ by site staff Framingham Milford Worcester Medical Records Department*

Reviewed 09/28 GL-MR-103.15-F