

Por favor, rubrique a classificação adequada de informações, quando aplicável

_____ Tratamento a
Drogas e Álcool
Informações e/
ou prontuários

_____ Saúde Mental
Informações e/
ou prontuários

_____ HIV/AIDS
Informações e/
ou prontuários

_____ Genética
Informações e/
ou prontuários

Entendo que, sob a lei da Flórida, a classificação dos prontuários verificados acima, relacionados com o tratamento prestado a mim, são privilegiados e confidenciais e não podem ser divulgados a mim ou para aqueles designados por mim ou pelo meu tutor legal, sem o consentimento expresso e informado. Além disso, entendo que os prontuários não serão divulgados a pessoas e entidades que não as designadas por mim ou pelo meu representante pessoal ou disposição em contrário da lei da Flórida.

Nome do paciente: _____ / _____
Sobrenome Nome Inicial do segundo nome Nome de solteiro

Endereço: _____
Rua Cidade Estado Cep

Data de nascimento: ____/____/____ Telefone: _____

Eu, _____, autorizo _____ a divulgar minhas
Nome do Representante Pessoal/Paciente (circule um) Nome da unidade

informações de saúde indicadas abaixo às seguintes partes: (assinale um)

_____ EU MESMO
_____ OUTRO

Nome Endereço Cidade Estado Código postal

_____ Apanharei cópias dos meus prontuários, por favor forneça meus prontuários em _____ papel _____ CD criptografado

_____ Envie cópias dos meus prontuários ao indivíduo listado acima via correio dos EUA. Por favor, forneça meus prontuários em _____ papel _____ CD criptografado

Para a finalidade de: _____

Eu autorizo a divulgação das informações que abrangem as datas do tratamento de: _____

O tipo e a quantidade de informações a serem divulgadas são os seguintes: (incluir datas sempre que adequado):

_____ Todo o prontuário médico, excluindo: _____
 _____ Histórico e físico _____ Prontuários do laboratório: de _____ (data) para _____ (data) para
 _____ Consultas _____ Prontuários de radiologia: de _____ (data) para _____ (data) para
 _____ Sumário de alta hospitalar _____ Lista de problemas
 _____ Prontuário operativo _____ Fotos, (Finalidade do círculo): Mídia PR _____ Outro _____
 _____ Prontuário de patologia _____ Entrevista na mídia
 _____ Notas de progresso do médico _____ Outros, descreva _____
 _____ Ordens médicas _____
 _____ Prontuários de fisioterapia _____
 _____ Notas da enfermagem _____

- Eu entendo que tenho o direito de revogar minha autorização a qualquer momento, exceto na medida em que a ação já foi tomada ao abrigo da presente autorização. Entendo que se eu revogar esta autorização, devo fazê-lo por escrito e apresentar minha revogação por escrito ao Departamento de Registros Médicos.
- Entendo que autorizar a divulgação desta informação de saúde é voluntária, posso recusar-me a assinar e as unidades de Broward Health não basearão meu tratamento, pagamento ou elegibilidade em benefícios se forneço ou não autorização para a divulgação ou o uso solicitado. Entendo que o destinatário pode ser proibido de divulgar informações sobre o abuso de substâncias. Entendo que posso inspecionar ou copiar as informações a serem divulgadas, conforme previsto no CFR 164.524 (com uma carga razoável).
- Entendo que as informações usadas ou divulgadas nos termos da presente autorização podem estar sujeitas a divulgação novamente pelo destinatário das informações e já não estão protegidas por leis federais de confidencialidade ou Broward Health.
- Entendo que a Broward Health divulgará apenas a quantidade mínima de informação necessária para satisfazer um pedido.

Salvo disposição em contrário revogada, essa autorização será válida por seis meses a partir da data de assinatura listada abaixo.

_____/_____/_____

Assinatura do Representante Pessoal/Paciente

Nome em letra de forma

Data

_____/_____/_____

Assinatura Autorizada do Broward Health

Nome em letra de forma

Data

_____/_____/_____

Assinatura do (da) Testemunho (a)

Escreve o seu nome em letra de forma

Data



225



AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE
INFORMAÇÕES MÉDICAS CONFIDENCIAIS

WHITE - MEDICAL RECORD CANARY - PATIENTS