

Número do Prontuário Médico _____

Unidade _____

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

- 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 _____ / _____ / _____

ROI CONSENT



225



WHITE - MEDICAL RECORD

CANARY - PATIENTS

H-1007 - 119550 - (R) 8/2014 PORTUGUESE 900408

ADDRESSOGRAPH