



Gateway Healthcare

**BROWN Health**  
UNIVERSITY

**Gateway Healthcare**  
**Health Information Department**  
**15 LaSalle Square, 5<sup>th</sup> Floor**  
**Providence, R.I. 02903**  
**Tel: 401-667-6567**  
**Fax: 401-444-2365**

**Autorização de utilização ou divulgação de informações de saúde protegidas**  
*(Este formulário deve ser preenchido na íntegra antes de ser assinado)*

Nome do doente \_\_\_\_\_ Data de nasc. \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_  
Rua \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

1. Autorizo a Gateway Healthcare a:  Divulgar a  Obter de  Comunicação verbal

2. \_\_\_\_\_ Pessoa/local/instituição \_\_\_\_\_  
Rua \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

3. Datas de tratamento ou período em questão \_\_\_\_\_

4. Finalidade da divulgação da informação:  Coordenação de cuidados  Pedido do doente  Finalidade legal.

Outra (especificar): \_\_\_\_\_

5. Formato do registo, selecione uma opção:  Papel  CD.

6. Informações a divulgar (assinalar todas as opções aplicáveis): Poderá haver custos associados a este pedido.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registo do serviço de urgência   | <input type="checkbox"/> Relatório cirúrgico/patológico |
| <input type="checkbox"/> Relatórios laboratoriais/de imagiologia (raios-X)                                  | <input type="checkbox"/> Outros exames de diagnóstico   |
| <input type="checkbox"/> Consulta de ambulatório/consultório <input type="checkbox"/> Consulta de avaliação | <input type="checkbox"/> Resumo após a consulta         |
| <input type="checkbox"/> Resumo clínico * <input type="checkbox"/> Resumo de alta                           | <input type="checkbox"/> Outro _____                    |

\*O resumo clínico inclui: folha de rosto, registo do serviço de urgência, história clínica e exame físico, resumo de alta, relatório de consulta, relatório cirúrgico, relatório de patologia, resultados de exames, fisioterapia/terapia ocupacional/terapia da fala

Para a saúde mental/comportamental:  Avaliação  Plano de tratamento  Avaliação psiquiátrica  
 Medicção  Registos de evolução

7. Eu **não** quero que as seguintes informações sejam divulgadas:  Saúde mental  Consumo/testes de álcool ou drogas  
 Abuso sexual  Infeções sexualmente transmissíveis  Resultados de testes de SIDA/VIH

8. Compreendo que os meus registos clínicos estão protegidos por leis e regulamentos federais relativos à privacidade e pelas leis gerais de Rhode Island e não podem ser divulgados sem o meu consentimento por escrito, exceto nos casos especificamente previstos na lei.

Compreendo também que determinados registos de saúde que contêm informações sobre o consumo de álcool ou drogas podem estar sujeitos a uma proteção adicional, segundo o Regulamento Federal 42 CFR Parte 2. Confidencialidade sobre o consumo de álcool e drogas.

9. Compreendo que se a(s) pessoa(s) ou entidade(s) que recebe(m) estas informações não for(em) um prestador de cuidados de saúde ou seguradora de saúde sujeitas aos regulamentos federais, as informações acima descritas podem ser divulgadas novamente e deixam de estar protegidas por esses regulamentos. Deste modo, exonero a Gateway Healthcare, os seus funcionários e os meus médicos de qualquer responsabilidade decorrente da divulgação da minha informação clínica.

10. Compreendo que esta autorização se refere apenas à informação existente na data do meu pedido, apenas para os dados solicitados acima e expirará um ano após a data da assinatura. Compreendo que posso revogar esta autorização mediante notificação por escrito à Gateway Healthcare. Compreendo que qualquer informação já divulgada até à data não será afetada pela minha revogação.

11. Compreendo que posso recusar assinar esta autorização e que tal recusa não afetará a minha possibilidade de receber tratamento, pagamento ou a minha elegibilidade a benefícios, salvo indicação em contrário no espaço abaixo indicado:

Assinatura do doente\*, tutor legal ou representante

Data/hora

Nome em letra de imprensa do doente, tutor legal ou representante

Data/hora