



Community Health Connections

We take great care of you!

www.chcfhc.org

978-878-8100

www.facebook.com/chcfhc

www.twitter.com/chcfhc

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA REGISTROS ODONTOLÓGICOS

Autorização para a divulgação de informações odontológicas protegidas

Coleta Correio Fax E-mail: _____

Preencha com letra de forma

Nome do paciente	Data de nascimento
Endereço	Número de Social Security
Cidade, Estado, CEP	Telefone

Autorizo Fitchburg Community Health Center a divulgar as minhas informações protegidas de saúde odontológica a:

Nome	
Endereço	
Cidade, Estado, CEP	Telefone/Fax

Estou ciente que as minhas informações de saúde odontológica podem incluir informações *gerais* relacionadas às minhas doenças transmissíveis ou outras informações que eu possa considerar sensíveis.

Estou ciente que esta autorização se refere às informações obtidas na data de assinatura, ou antes dela. Autorizo a divulgação das seguintes informações para o período:

De _____ A _____

Registros odontológicos

- Todos os registros
- Radiologia (Raios X)
- Notas clínicas
- Outros: _____

Registros com proteção garantida em lei

- Resultados de teste/tratamento de HIV/AIDS

Outro (especifique)

O objetivo da divulgação destas informações é:

- Advogado/Processo
- Cuidado Odontológico Contínuo
- Pedido de Seguro
- Transferência
- Outro (especificar) _____
- Uso Pessoal
- Pré-emprego

Instruções adicionais: _____



Community Health Connections

We take great care of you!

www.chcfhc.org

978-878-8100

www.facebook.com/chcfhc

www.twitter.com/chcfhc

Autorização para a Divulgação de Informações Protegidas de Saúde

Continuação – Página 2

Motivo da transferência dos cuidados odontológicos: _____

Estou ciente que:

- Esta autorização é voluntária. Não tenho obrigação de assinar este formulário a fim de assegurar o tratamento, exceto se seu único objetivo for proporcionar informações a terceiros (exemplo: exame admissional).
- Tenho o direito de inspecionar ou copiar as informações a serem divulgadas conforme definido na Nota Informativa. Estou ciente que medidas para inspecionar o meu registro odontológico ou de cobrança possam ser tomadas no local, entrando em contato com o Departamento de Odontologia no endereço listado abaixo.
- Toda divulgação traz o potencial de redivulgação não autorizada. Isento Community Health Connections de qualquer responsabilidade legal que possa resultar da divulgação ou redivulgação destas informações.
- Tenho o direito de revogar a autorização a qualquer momento, apresentando uma solicitação por escrito ao Departamento de Odontologia no endereço abaixo. A revogação não será aplicável às informações que já tenham sido divulgadas em virtude da presente autorização. A revogação não será aplicável à minha companhia de seguros, nos casos em que a lei proporcionar à mesma o direito de contestar um pedido de seguro nos termos da minha apólice.

Expiração da autorização: Salvo revogação em contrário, a presente autorização expira na seguinte data, evento ou condição:

Caso eu deixe de especificar uma data, evento ou condição de expiração, esta autorização será válida por um período de, no máximo, 90 (noventa) dias, contados a partir da data de assinatura abaixo, exceto nos casos em que regulamentações federais e/ou estaduais prevejam o contrário. Nessas situações, aplicar-se-á o prazo mais curto.

LI E COMPREENDI AS DECLARAÇÕES ACIMA E AUTORIZO A DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES SOLICITADAS.

****OBSERVAÇÃO: Aguarde de 3 a 4 semanas comerciais para cópia e entrega dos registros****

Assinatura do paciente/pai/representante legal	Data	Relação com o paciente
Testemunha da Assinatura	Data	Identificação (apenas para uso do Centro) <ul style="list-style-type: none"> • Funcionário do escritório • Outro

Envie seu formulário para:

Community Health Center
326 Nichols Rd., Fitchburg, Ma 01420

Community Health Center
175 Connors St., Gardner, Ma 01440

Community Health Center
14 Manning Ave., Leominster, Ma 01453

ACTION Health Services
130 Water St Suite 4., Fitchburg, Ma 01420