



# Community Health Connections

*We take great care of you!*

## SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO E INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO PACIENTE

ACTION CHC 130 Water Street, Fitchburg, MA 01420    Fitchburg CHC 326 Nichols Rd, Fitchburg, MA 01420  
Gardner CHC 175 Connors Street, Gardner, MA 01440    Leominster CHC 14 Manning Ave, Leominster, 01453  
978-878-8100    www.chcfhc.org

### Autorização para compartilhar informações de saúde (prontuário) do paciente PROTEÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE (PHI)

Este formulário tem como objetivo autorizar a comunicação sobre as informações do prontuário do paciente. Protegidas pelo sistema informações de Saúde (PHI). Se for necessária uma cópia dos registros médicos, solicite o formulário "Autorização para Liberação de Informações Médicas" do Community Health Connections (CHC). Obs.: O acesso ao portal do paciente não requer autorização.

Data do pedido: \_\_\_\_\_

Eu, (nome impresso) \_\_\_\_\_ Data de Nasc.: \_\_\_\_\_,  
autorizo o que informações do meu prontuário sejam compartilhadas, conforme as especificações abaixo:

1. O CHC está autorizado a compartilhar/solicitar informações sobre o meu quadro clínico de saúde contidas no meu prontuário para que eu possa receber os cuidados de saúde fornecidos através do CHC de:

ACTION    Fitchburg    Gardner    Leominster

2. Autorizo o CHC a informar/compartilhar o meu quadro clínico/saúde com:

Cônjuge    Membro da família: \_\_\_\_\_    Outros;

Nome completo e endereço da (s) pessoa (s):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Como a comunicação deve ser feita:

Pessoalmente ou por telefonema    Outros: \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

4. As informações serão divulgadas/comunicadas para o (s) seguinte (s) propósito (s):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Eu entendo que se a pessoa ou departamento médico que receber as informações não for um prestador de saúde ou plano de saúde coberto pelos regulamentos federais que garantem a privacidade, as informações descritas acima podem correr o risco de ser divulgadas e não serem mais protegidas pelos regulamentos federais.

6. Entendo que posso revogar esta autorização por escrito a qualquer momento, exceto na medida em que já tenham sido tomadas medidas solicitadas.

7. Esta autorização **expira** em:

(Data) \_\_\_\_\_ ou  Em um ano a contar da data desta autorização, ou  Tempo indeterminado.

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Representante Legal (se aplicável): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_