Community Health Connections
We take great care of you!

326 Nichols Rd, Fitchburg, MA 01420
Telefone: (978) 878-8100
Fax: (978) 878-8537

SERVIÇOS DE GERENCIAMENTO E INFORMAÇÕES DE SAÚDE DO PACIENTE

AUTORIZAÇÃO PARA SOLICITAR OU TRANSFERIR O PRONTUÁRIO MÉDICO

Observação: Este formulário será apenas utilizado pelos pacientes médicos do CHC. Nenhuma informação do prontuário Dentário ou de Saúde Mental do CHC será enviada. Caso necessite de algum outro prontuário, gentileza procurar o departamento responsável.

Nome do Paciente: _____Data de Nascimento: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

Eu, autorizo ao Community Health Connections, Inc.: **:** ☐ Solicitar o meu prontuário ou informações médicas, de:
☐ Transferir o meu prontuário ou informações médicas, p/:

Nome da Clínica/Hospital: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Fax #: _____

Datas do atendimento de:___ / ___ / ___ **até** : ___ / ___ / ___

Informação a ser solicitada ou enviada:

☐Prontuário Completo ☐Data do atendimento: ___ / ___ / ___ ☐Lista de medicamentos ☐Resultados de exame de laboratório ☐Lista de problemas/complicações ☐Raio X
☐Registro de imunização/Vacinas ☐Último exame clínico

De acordo com os regulamentos Federais e Estaduais , certas informações de saúde precisam de autorização específicas para serem solicitadas ou transferidas. Assine abaixo com as iniciais do seu nome para autorizar a trasferência ou solicitação dessas informações:

_____ Tratamento por uso de drogas (álcool / drogas) (42 CFR Part 2)
_____ Resultados / Tratamento de HIV / SIDA (MGL 111 70 (F)) _____ Teste Genético (MGL 111 70 (G))

Especifique qual é objetivo desta solicitação:

☐Transferência de atendimento ☐Acompanhamento do atendimento ☐Jurídico ☐Seguro ☐Escola
☐Uso pessoal ☐Emprego ☐Outro (especificar)_____

Esta autorização expira em 1 ano a partir da data de sua assinatura, ou caso contrário especifique o motivo:

_____

Eu entendo que:

- Esta autorização é voluntária. Não tenho que assinar para garantir o tratamento, a menos que o único propósito do tratamento seja fornecer informações a terceiros (exemplo: emprego).
- Eu posso verificar ou copiar as informações a serem solicitadas/transferidas conforme um aviso prévio. Eu entendo que podem ser tomadas providências para verificar o meu prontuário médico ou faturamento das contas médicas do local, podendo entrar em contato com o Departamento de Contas Médicas do endereço citado acima.
- Haverá uma taxa para copiar o meu prontuário médico. **Será cobrada uma taxa de vinte e cinco centavos (0,25) por cada página do prontuário médico ou cinco dólares ($ 5,00) se for em CD.**
- Uma vez que seja autorizada a transferêcia do prontuário por parte do paciente, o CHC não se responsabiliza mais por qualquer outra transferência feita por partes de terceiros.
- Eu tenho o direito de revogar a autorização a qualquer momento apresentando uma solicitação por escrito ao departamento de arquivo médico no endereço acima. A revogação não se aplica as informações que já foram liberadas. A revogação não se aplica à minha companhia de seguro quando a lei concede à minha seguradora o direito de contestar uma reivindicação de acordo com a minha apólice.

Li e entendi as exigências acima e autorizo a solicitação ou transferência das informações de saúde médica descritas acima.

_____ _____ _____
Paciente / Responsável / Representante Legal Assinatura do Paciente Data de Nasc.

_____ _____
Paciente / Responsável / Representante legal Nome impress/Relação com o paciente