



AUTORIZAÇÃO E RECIBO DO PACIENTE

DECLARAÇÃO DE PRIVACIDADE DOS PROCEDIMENTOS

| | |
|----------------------|---------------------|
| NOME DO PACIENTE: | DATA DE NASCIMENTO: |
| ENDEREÇO: | |
| CIDADE, ESTADO, CEP: | DATA DE HOJE: |

Eu certifico que recebi uma cópia desta declaração (Privacidade dos Procedimentos) do Community Health Connections.

Entendo que esta declaração (Privacidade dos procedimentos), autoriza ao CHC acessar e compartilhar as minhas informações clínicas e de faturamento de contas médicas. Esta declaração (privacidade dos procedimentos) autoriza ainda o CHC informar os meus direitos, assim como posso obter informações adicionais.

| ASSINATURA DO PACIENTE/PAIS/RESPONSÁVEL | DATA | GRAU DE RELAÇÃO COM O PACIENTE |
|---|------|--------------------------------|
| | | |

Reconhecimento obtido por: (Somente para uso interno)

Por favor, assine e coloque as suas iniciais

Este documento deve ser arquivado no prontuário médico do paciente.

Especifique abaixo o motivo do recibo não ser sido obtido
