



PERMISSÃO PARA COMPARTILHAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Nome do Paciente _____

Data de Nascimento _____

Há momentos em que outras pessoas envolvidas nos seus cuidados gostariam de discutir os seus cuidados com o Community Health Center, Inc. (CHC). Este formulário nos dá permissão para falar com essas pessoas. **Você deve preencher um destes formulários para cada pessoa/organização com quem você nos dá permissão para compartilhar. Você pode revogar esta permissão a qualquer momento, notificando o CHC por escrito.**

Dou permissão ao CHC para compartilhar informações sobre meus cuidados de saúde com a pessoa/organização listadas e na medida indicada abaixo. Esta permissão será válida até que eu a revogue por escrito.

Nome por extenso da pessoa/organização	Endereço	Nº de telefone de contato	Relacionamento

Tipo(s) de informação que o CHC está autorizado a divulgar (**marque todas as opções aplicáveis**):

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Agendamento e verificação de consultas | <input type="checkbox"/> | Formulários/Registros (coleta de dados, perguntas) | <input type="checkbox"/> |
| Perguntas sobre faturamento/
cobertura de seguro | <input type="checkbox"/> | Medicamentos - Recargas/Dosagem/Usos | <input type="checkbox"/> |
| Cuidados/Plano de cuidados/Tratamento | <input type="checkbox"/> | Resultados dos testes/Perguntas de encaminhamento | <input type="checkbox"/> |
| Cuidados com dependentes
(levar dependentes para consultas,
agendamento de consultas, perguntas sobre cuidados) | <input type="checkbox"/> | Transporte | <input type="checkbox"/> |
| Incluir informações sobre saúde
comportamental/psiquiátrica | <input type="checkbox"/> | Incluir informações sobre transtorno
de uso de substâncias | <input type="checkbox"/> |

Isso exclui informações relacionadas a HIV/AIDS. Se você tiver alguma dúvida sobre o compartilhamento de suas informações de saúde, ligue para o escritório do seu provedor ou fale com um de nossos associados de atendimento ao paciente.

Os prestadores e funcionários do CHC têm minha permissão para: (Marque todas as opções aplicáveis)

() Deixar mensagem com (nome da pessoa): _____

() Deixar mensagens de correio de voz no(s) seguinte(s) número(s):

Casa _____ Celular _____ Trabalho _____

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

Nome por extenso do paciente ou responsável legal

Data

Apenas para uso oficial

Recebido por/Data:

Processado por/Data: