



Formulário C - Autorização para divulgação de Informação

Estabelecemos um compromisso com a privacidade da sua informação.
Por favor, leia este formulário com atenção.

Que escritório(s) deve(m) ajudá-lo?

<input checked="" type="checkbox"/> Escritório de Serviços MaineCare	<input type="checkbox"/> Escritório de Saúde Comportamental
<input checked="" type="checkbox"/> Escritório para Independência Familiar e Equipa de Revisão Médica	<input type="checkbox"/> Office of Child and Family Services
<input checked="" type="checkbox"/> Centro de Controlo e Prevenção de Doenças do Main	<input type="checkbox"/> Escritório de Serviços para Idosos e Deficiências
<input type="checkbox"/> Centro Psiquiátrico Dorothea Dix	<input type="checkbox"/> Escritório de Audiências Administrativas
<input type="checkbox"/> Centro Psiquiátrico Riverview	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Divisão de Licenciamento e Certificação	<input type="checkbox"/> Outro:

De quem será divulgada a informação? Por favor, imprima claramente.

Nome		Data de Nascimento	
Endereço Residencial	Cidade/Município	Estado	Código Postal
Telefone			
Endereço de Email			

Gostaria que lhe enviássemos um email?

A utilização do email envolve riscos. Embora haja medidas de segurança em vigor, o escritório que partilha informações não pode controlar sempre esses riscos. É possível que as informações enviadas por email possam ser lidas por terceiros.

Ao rubricar, dou permissão para me enviarem email, e aceito os riscos associados, **INICIAIS AQUI**

Com quem podemos falar?

Autorizo os escritórios listados acima a partilhar informações sobre mim entre si e a partilhar minhas informações com as pessoas listadas abaixo. Podemos discutir estas informações eletronicamente e verbalmente.

- *Change Health Care*, a empresa que paga por medicamentos; *Medical Care Development*, a empresa que emite pagamento para assistência financeira; *Centros para Serviços Medicare e Medicaid*.
- **A minha farmácia:** _____
- **A minha companhia de seguros:** _____
- **O meu médico ou clínica de cuidados de saúde:** _____
- **A minha agência de gestão de casos:** _____
- **O meu amigo ou familiar:** (Opcional. Por favor, preencha a informação abaixo.)

Nome	Telefone	Email
------	----------	-------

Qual é o propósito da divulgação?

<input type="checkbox"/> Pedido pessoal	<input checked="" type="checkbox"/> Coordenar ou gerir cuidados
<input type="checkbox"/> Para uma questão legal, incluindo testemunho	<input checked="" type="checkbox"/> Para verificar se tenho direito a cobertura de seguro, seguros ou benefícios
<input type="checkbox"/> Outro:	

Que informações devem ser divulgadas ou obtidas? Por favor, assinale todas as que se aplicam.

<p><u>Permissão geral:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Todas as informações em termos de saúde do(s) escritório(s) acima assinalados</p> <p><input type="checkbox"/> Dados de reclamações ou consultas (informações sobre visitas a prestadores de cuidados de saúde)</p> <p><input type="checkbox"/> acturação, pagamento, rendimentos, dados bancários, impostos, activos ou dados necessários para verificar se é elegível para os benefícios do programa DHHS</p> <p><input type="checkbox"/> Limitar à(s) seguinte(s) data(s) ou tipo(s) de informações: (por exemplo, «Exame laboratorial datado de 2 de junho de 2019» ou «Reclamações de 2018 a 2020»)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outros: <i>Informações relacionadas com a minha saúde, reclamações e consultas. Informações relacionadas com os meus cuidados.</i></p>	<p><u>Permissão especial:</u> Tratamento de Drogas/Álcool ou Encaminhamento para Serviços</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir todas as informações sobre drogas/álcool na divulgação</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir apenas os registos específicos de drogas/álcool assinalados:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Diagnóstico e tratamento<input type="checkbox"/> Notas clínicas e resumos de alta hospitalar<input type="checkbox"/> Histórico ou resumo de drogas/álcool<input type="checkbox"/> Informações sobre pagamentos ou reclamações<input type="checkbox"/> Situação de vida e apoios sociais<input type="checkbox"/> Medicação, dosagens ou suplementos<input type="checkbox"/> Resultados laboratoriais<input type="checkbox"/> Outros:
<p><u>Permissão especial:</u> Serviços de saúde mental/comportamental</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir estas informações na divulgação</p> <p><input type="checkbox"/> Quero rever o meu registo de saúde mental/comportamental antes da divulgação. Compreendo que a revisão será supervisionada.</p> <p>A lei do Maine permite-nos partilhar estas informações com outros prestadores de cuidados de saúde e planos de saúde para coordenar e gerir os seus cuidados (para ajudar a cuidar de si), desde que façamos um esforço razoável para notificá-lo sobre a divulgação.</p>	<p><u>Permissão especial:</u> Estado de VIH/SIDA/Resultados de testes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Incluir estas informações na divulgação.</p> <p>A lei do Maine exige que o informemos sobre os possíveis efeitos da divulgação de informações sobre VIH/SIDA. Por exemplo, poderá receber cuidados mais completos se divulgar estas informações, mas poderá sofrer discriminação se elas forem utilizadas indevidamente. As suas informações relacionadas com o VIH/SIDA e todos os seus dados serão protegidos conforme exigido por lei.</p>

Compreendo e estou de acordo que:

- Vou assinar este formulário voluntariamente. Tenho direito a uma cópia assinada deste formulário, se a solicitar.
- O meu tratamento, pagamento por serviços ou benefícios não dependerão da minha assinatura deste formulário, a menos que eu pesse ou divulgue informações em que solicite benefícios.
- As «informações» podem estar em formato escrito, oral e/ou eletrónico tendo informações sobre mim dadas por outros prestadores de cuidados de saúde (como médicos, hospitais e conselheiros) que estão incluídas nos meus arquivos. A minha assinatura permite que as pessoas/escritórios mencionados no verso discutam as minhas informações para os fins indicados neste formulário.
- As minhas informações serão mantidas em sigilo, conforme exigido por lei. Se eu decidir partilhar as minhas informações com outras pessoas que não são obrigadas por lei a mantê-las em privado, elas poderão deixar de ser protegidas pelas leis federais de confidencialidade.
- Se os registos de tratamento ou programa de álcool ou drogas (transtorno por uso de substâncias) estiverem incluídos nesta autorização, será incluída uma nota nos registos informando que as informações não podem ser divulgadas ou partilhadas sem a minha autorização por escrito.
- Posso revogar (retirar) a minha autorização para divulgar as minhas informações preenchendo o Formulário de Revogação disponível em <http://maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> e enviando-o para o escritório que partilhou as minhas informações. O Formulário de Revogação só entra em vigor após ser recebido e não se aplica a informações que já foram partilhadas.
- Se eu retirar a minha autorização ou recusar a divulgação de algumas ou todas as minhas informações, a minha escolha poderá levar a um diagnóstico ou tratamento inadequado ou à recusa do seguro.
- Este formulário expira **um ano** após a data abaixo, a menos que eu escreva uma data anterior aqui: _____
- Este formulário permite divulgações adicionais até expirar.

Data: _____ **Assinatura:** _____

Autoridade do representante pessoal para assinar:
