



**CONSENT TO USE AND DISCLOSE  
PROTECTED HEALTH INFORMATION**

**Framingham Union Medical Records: Telephone: 508-383-8162 Fax: 508-383-1654**  
**Fichas médicas de Leonard Morse: Telephone: 508-650-7216 Fax: 508-650-7802** Página 1 de 2

**Nome do paciente:** \_\_\_\_\_  
**Endereço residencial:** \_\_\_\_\_  
**Telefone residencial:** \_\_\_\_\_ **Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

Ao colocar uma "marca de verificação" ao lado de uma categoria de informações altamente confidenciais listadas abaixo, autorizo especificamente o uso e/ou a divulgação do tipo de informações altamente confidenciais, se qualquer informação for usada ou divulgada de acordo com a Autorização.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aborto   | <input type="checkbox"/> Observações da psicoterapia           |
| <input type="checkbox"/> Abuso ou negligência infantil                                    | <input type="checkbox"/> Abuso sexual                          |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas e álcool   | <input type="checkbox"/> Doença venérea                        |
| <input type="checkbox"/> Teste ou tratamento de HIV/AIDS (independentemente do resultado) | <input type="checkbox"/> Observação de internação psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Doença psiquiátrica  | <input type="checkbox"/> Outra (especifique) _____             |

**OBJETIVO DESSAS INFORMAÇÕES**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidados médicos contínuos                    | <input type="checkbox"/> Uso pessoal                | <input type="checkbox"/> Advogado/processo judicial | <input type="checkbox"/> Pré-admissional |
| <input type="checkbox"/> Deficiência/pedido ou reivindicação de seguro | <input type="checkbox"/> Outros (especifique) _____ |   |  |

**Autorizo o MetroWest Medical Center a**  **Divulgar para** \_\_\_\_\_ **e/ou**  **Obter de** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa/local/instituição

\_\_\_\_\_  
Rua Cidade/município Estado CEP

Telefone		Fax (se aplicável)
<input type="checkbox"/> Resumo <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Resumo da alta <input type="checkbox"/> Setor de emergência Ficha <input type="checkbox"/> Folha de dados <input type="checkbox"/> Histórico e exame físico  <b>Data(s) de atendimento:</b> _____	<input type="checkbox"/> Ficha médica <input type="checkbox"/> Relatório cirúrgico <input type="checkbox"/> Relatório da patologia <input type="checkbox"/> Observações de progresso (enfermagem) <input type="checkbox"/> Observações de progresso (médico) <input type="checkbox"/> Código do portal do paciente  <b>Data(s) de atendimento:</b> _____	<p align="center"><b>Teste diagnósticos</b></p> <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> EKG – Ecocardiograma, Monitor Holter <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Originais de mamografia (devem ser devolvidos) <p><b>Cópias de CD/imagens:</b></p> <input type="checkbox"/> RAIO X <input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> MN <input type="checkbox"/> DB <input type="checkbox"/> MAM  <b>Data(s) de atendimento:</b> _____

**SOMENTE PARA MEDICINA COMPORTAMENTAL** Autorização para permissão verbal de informações e comunicação recíproca entre o MWMC e as entidades abaixo (nome da lista e relacionamento do indivíduo/indivíduos):

  
  

**PARA USO SOMENTE EM ESCRITÓRIO**

**VIGÊNCIA: Esta Autorização permanecerá em vigor:**

A partir da data dessa Autorização até o \_\_\_\_\_ dia de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Até o MetroWest Medical Center atender a essa solicitação

Até os eventos a seguir ocorrerem: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO PARA USAR E DIVULGAR  
INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS**

Página 2 de 2

Compreendo que, assim que o **MetroWest Medical Center** divulgar minhas informações de saúde ao destinatário, o **MetroWest Medical Center** não pode garantir que o destinatário não divulgue novamente tais informações de saúde a terceiros. O terceiro não pode ser obrigado a cumprir esta Autorização ou a lei federal e estadual aplicável que rege o uso e a divulgação das minhas informações de saúde.

Compreendo que posso me recusar a assinar ou posso revogar (em qualquer momento) esta Autorização por qualquer motivo, e que tal recusa ou revogação não afetará o início, a continuação ou a qualidade do meu tratamento no **MetroWest Medical Center**; exceto, no entanto, se meu tratamento no **MetroWest Medical Center** for para o único propósito de gerar informações de saúde para divulgação ao destinatário identificado nesta Autorização, sendo que, nesse caso, o **MetroWest Medical Center** pode recusar o tratamento se eu não assinar esta Autorização.

Entendo que esta Autorização permanecerá em vigor até que o prazo dela expire ou eu forneça uma notificação por escrito ou revogação ao Departamento de Informações de Saúde do **MetroWest Medical Center** no endereço listado abaixo. A revogação entrará em vigor imediatamente após o recebimento da notificação por escrito do MetroWest Medical Center, porém a revogação não terá qualquer efeito sobre qualquer ação tomada pelo MetroWest Medical Center, de acordo com esta Autorização, antes de receber minha notificação de revogação por escrito.

**Poderei entrar em contato com MetroWest Medical Center's Correspondence Unit, c/o Health Information Management Department por correspondência no endereço 67 Union Street, Natick, MA 01760 ou 115 Lincoln Street, Framingham, MA 01701 ou por telefone em LMH 508-650-7216 ou FUH 508-383-8162.**

**RISCO/ADVERTÊNCIA**

Ao aceitar a custódia das cópias de disco/imagem digital, o paciente ou destinatário designado aceita os riscos associados à perda ou ao roubo dessas cópias, reconhecendo que os dados podem ser lidos por programas de computador prontamente disponíveis e, por isso, pode resultar em comprometimento da privacidade do paciente. Além disso, o paciente concorda em não responsabilizar o MetroWest Medical Center, os membros da equipe médica, funcionários e agentes em relação a toda e qualquer lesão ou dano que possa ocorrer, como resultado da custódia e/ou manuseio do disco de dados/cópias de imagens.

**O que lhe concede a autoridade de receber as informações do paciente?**

- Autorização por escrito do paciente (anexe)
- Você é o parente ou tutor do paciente (anexe a documentação comprovatória)
- Você é o responsável pelas decisões de tratamento de saúde do paciente (anexe a documentação comprovatória, como procuração médica)
- O paciente faleceu e você é o representante pessoal o espólio do paciente (anexe a documentação comprovatória)

Outro (explique): \_\_\_\_\_

**Li e compreendi os termos desta Autorização e tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o uso e a divulgação de minhas informações de saúde. Por meio da minha assinatura abaixo, eu, de forma consciente e voluntária, autorizo o MetroWest Medical Center a usar ou divulgar minhas informações de saúde da maneira descrita acima.**

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do paciente*

\_\_\_\_\_  
*Data*

\_\_\_\_\_  
*Hora*

**Se o paciente for menor de idade ou não conseguir assinar esta autorização, obtenha as seguintes assinaturas:**

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do representante pessoal*

\_\_\_\_\_  
*Descrição da autoridade*

\_\_\_\_\_  
*Data*

\_\_\_\_\_  
*Hora*

Método de entrega:

- Pegarei as fichas/imagens
- Envie as fichas para mim
- Outro: \_\_\_\_\_

**O MetroWest Medical Center, em conformidade com a Jurisdição Geral de Massachusetts, segue as taxas atuais para tirar cópias das fichas médicas**

**Somente para uso interno:** a identidade do solicitante foi validada com uma foto do documento de identificação emitido por um órgão governamental, como carteira de motorista ou passaporte, ou pela comparação de assinaturas documentadas nas fichas de informações pessoalmente identificáveis (PHI).

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do funcionário que valida a identidade*

\_\_\_\_\_  
*Data*

\_\_\_\_\_  
*Hora*