



Autorização da NYCHHC HIPAA para divulgar informações de saúde
TODOS OS CAMPOS DEVEM SER COMPLETADOS

ESTE FORMULÁRIO NÃO PODE SER USADO PARA FINS DE PESQUISA, MARKETING, LEVANTAMENTO DE FUNDOS NEM AUTORIZAÇÕES DE RELAÇÕES PÚBLICAS.

NOME/ENDEREÇO DO PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO	NÚMERO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DO PACIENTE (SSN)
		NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO	NÚMERO DE TELEFONE
NOME DO PROVEDOR DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE QUE RECEBERÁ AS INFORMAÇÕES A SEREM DIVULGADAS		INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS A SEREM DIVULGADAS: Informações solicitadas _____ Datas de tratamento de _____ a _____	
NOME E ENDEREÇO DA PESSOA OU ENTIDADE PARA QUEM AS INFORMAÇÕES SERÃO ENVIADAS		INFORMAÇÕES A SEREM DIVULGADAS: (se a caixa estiver assinalada, você está autorizando a divulgação daqueles tipos de informações). Observe que, a menos que todas as caixas estejam assinaladas, pode não ser possível processar sua solicitação. <input type="checkbox"/> Informações sobre programas de abuso de álcool e de substâncias <input type="checkbox"/> Informações sobre a saúde mental <input type="checkbox"/> Informações sobre testes genéticos <input type="checkbox"/> Informações relacionadas com HIV/AIDS	
MOTIVO PARA A DIVULGAÇÃO DAS INFORMAÇÕES <input type="checkbox"/> Assunto jurídico <input type="checkbox"/> Solicitação do indivíduo <input type="checkbox"/> Outro, especificar: _____		QUANDO ESTA AUTORIZAÇÃO VENCERÁ? (Selecione uma das opções abaixo) <input type="checkbox"/> Evento: _____ <input type="checkbox"/> Nesta data: _____	

Eu, ou meu representante autorizado, autorizo o uso e a divulgação de minhas informações médicas e/ou de cobrança conforme descrevi neste formulário.

Entendo que minhas informações médicas e de cobrança podem ser divulgadas novamente e não mais estarem protegidas pelos regulamentos federais de privacidade de informações de saúde se o(s) recipiente(s) descrito(s) neste formulário não for(em) legalmente obrigado(s) a proteger a privacidade das informações.

Entendo que se meus registros médicos e/ou de cobrança contiverem informações relacionadas com o **ABUSO DE ÁLCOOL** ou **DE SUBSTÂNCIAS**, **TESTES GENÉTICOS**, de **SAÚDE MENTAL** e/ou **INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS RELACIONADAS COM HIV/AIDS**; tais informações não serão divulgadas à(s) pessoa(s) que indiquei, a menos que eu tenha selecionado a(s) caixa(s) específica(s) para a divulgação dessas informações que se encontra(m) neste formulário.

Entendo que se estou autorizando o uso ou a divulgação de informações relacionadas com HIV/AIDS, o(s) recipiente(s) está(ão) proibido(s) de usar ou divulgar novamente qualquer informação relacionada com HIV/AIDS sem a minha autorização, a menos que isso seja permitido por leis federais ou estaduais. Também entendo que tenho o direito de solicitar uma lista das pessoas que poderão receber ou usar minhas informações relacionadas com HIV/AIDS sem autorização. Se eu sofrer discriminação devido ao uso ou a divulgação de informações relacionadas com HIV/AIDS, poderei entrar em contato com a Divisão de Direitos Humanos do Estado de Nova York pelo telefone 212.480.2493 ou com a Comissão de Direitos Humanos da Cidade de Nova York pelo telefone 212.306.7450. Essas agências são as entidades responsáveis pela proteção dos meus direitos.

Entendo que tenho o direito de me recusar a assinar esta autorização e que minha assistência à saúde, o pagamento pela minha assistência à saúde e meus benefícios de assistência à saúde não serão afetados caso eu não assine este formulário. Também entendo que se eu me recusar a assinar esta autorização, a NYCHHC não poderá atender à minha solicitação para divulgar minhas informações médicas e/ou de cobrança.

Entendo que tenho o direito de solicitar a inspeção e/ou o recebimento de uma cópia das informações descritas nesta autorização ao preencher um Formulário de Solicitação de Acesso. Também entendo que tenho o direito de receber uma cópia deste formulário depois de assiná-lo.

Entendo que se eu assinar este formulário de autorização para usar ou divulgar minhas informações médicas e/ou de cobrança, tenho o direito de revogá-lo a qualquer momento; exceto até o limite em que a NYCHHC já tenha agido com base em minha autorização, ou se tal autorização tenha sido obtida como uma condição para obter uma cobertura de seguro.

Para revogar esta autorização, entre em contato com o departamento de Administração de Informações de Saúde que esteja processando esta solicitação.

Li este formulário e todas minhas perguntas foram respondidas. Ao assinar abaixo, reconheço que li e aceito todas as condições acima.

ASSINATURA DO PACIENTE OU DO REPRESENTANTE PESSOAL	SE NÃO FOR O PACIENTE, ESCRVA O SEU NOME EM LETRA DE FORMA E AS INFORMAÇÕES PARA CONTATO DO REPRESENTANTE PESSOAL QUE ASSINA ESTE FORMULÁRIO.
DATA	DESCRIÇÃO DA AUTORIDADE DO REPRESENTANTE PESSOAL PARA AGIR EM NOME DO PACIENTE

Se a HHC solicitou esta autorização, o paciente ou seu representante pessoal deve receber uma cópia deste formulário depois do mesmo ter sido assinado.
(If HHC has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)

HHC USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed	Comments