

## AUTORIZAÇÃO PARA A DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES PROTEGIDAS DE SAÚDE

**ENVIE A SOLICITAÇÃO PARA:**

**Correspondência:** Nuvance Health  
The Summit  
Attn: Health Information Management  
100 Reserve Road  
Danbury, CT 06810  
**Fax:** (203) 749-9000  
**E-mail:** medicalrecords@nuvancehealth.org  
**Fone:** (203) 739-7218  
**\*\*Coleta de prontuários indisponível no The Summit, no Danbury Hospital ou no New Milford Hospital. Consulte a página 2 para ver endereços de coleta alternativos.**

**LOCAIS**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Danbury Hospital   | <input type="checkbox"/> Putnam Hospital    | <input type="checkbox"/> Vassar Brothers MC |
| <input type="checkbox"/> New Milford Hospital   | <input type="checkbox"/> Sharon Hospital    |   |
| <input type="checkbox"/> Northern Dutchess Hospital   | <input type="checkbox"/> The Heart Center   |   |
| <input type="checkbox"/> Norwalk Hospital   | <input type="checkbox"/> The Thompson House |   |
| <input type="checkbox"/> Nuvance Health Medical Practices: Consultório/Dr(a). _____               |   |   |
| Estado de prática médica: <input type="checkbox"/> Connecticut <input type="checkbox"/> Nova York |   |   |

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Número de telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \*Se o paciente for menor de idade, ele ou ela reside com os pais?  SIM  NÃO

**INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE**

Por meio deste autorizo a Nuvance Health a divulgar os prontuários descritos abaixo para a seguinte pessoa ou organização que especifiquei nesta seção.

Nome: \_\_\_\_\_ Número de telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Número de fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\*Somente para hospitais e consultórios médicos

**Finalidade:**  Tratamento contínuo  Legal  Deficiência  Seguro  Comp. de funcionário  Discussão verbal  Pessoal

**INFORMAÇÕES A DIVULGAR**

**Data(s) de serviço:** De: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resumo do prontuário(resumo)         | <input type="checkbox"/> Laudo de laboratório/patologia                  |
| <input type="checkbox"/> Prontuário completo                  | <input type="checkbox"/> Laudo de radiologia                             |
| <input type="checkbox"/> Prontuário da emergência             | <input type="checkbox"/> CD de radiologia                                |
| <input type="checkbox"/> Anotações de consulta em consultório | <input type="checkbox"/> Prontuário de medicamentos/vacinas              |
| <input type="checkbox"/> Laudo histórico e físico             | <input type="checkbox"/> Extratos de cobrança                            |
| <input type="checkbox"/> Resumo de alta                       | <input type="checkbox"/> Fisioterapia/terapia ocupacional/fonoaudiologia |
| <input type="checkbox"/> Laudo de operações/procedimentos     | <input type="checkbox"/> Outro: _____                                    |

**\*Se os prontuários contiverem quaisquer dessas informações sensíveis, informe suas iniciais conforme indicado nesta seção para que você autorize especificamente a divulgação desses registros sensíveis.**

- ◆ Abuso de drogas/álcool (**INICIAIS:** \_\_\_\_\_)
- ◆ Saúde mental (**INICIAIS:** \_\_\_\_\_)
- ◆ HIV/AIDS-IST (**INICIAIS:** \_\_\_\_\_)
- ◆ Exames genéticos (**INICIAIS:** \_\_\_\_\_)
- ◆ Serviços de tratamento de saúde reprodutiva (**INICIAIS:** \_\_\_\_\_)

**FORMATO**

Papel  CD  Eletrônico

**MÉTODO DE ENTREGA**

Coleta  Correios  Fax  Entrega eletrônica segura (e-mail)

De acordo com as leis estaduais e federais, eu entendo que, se o destinatário das informações não for um profissional de saúde ou um plano de saúde coberto pelas Regras de Privacidade federais, as informações usadas ou divulgadas conforme descrito acima podem ser divulgadas novamente pelo destinatário e não estão mais protegidas pelas Regras de Privacidade. No entanto, outras leis federais e estaduais podem proibir o destinatário de divulgar informações especialmente protegidas, como informações de exames genéticos, informações de tratamento para abuso de substâncias, informações relacionadas a HIV/AIDS, informações de saúde mental/psiquiátrica e informações de tratamento de saúde reprodutiva. Fui informado de que minha recusa em conceder consentimento para divulgação de informações relacionadas a tratamento psiquiátrico não comprometerá meu direito de obter tratamentos psiquiátricos no presente ou no futuro, exceto caso a divulgação da comunicação e do prontuário seja necessária para o tratamento. Entendo que não sou obrigado a assinar esta autorização como condição de tratamento, pagamento, inscrição ou elegibilidade para benefícios. Compreendo que posso revogar esta autorização por escrito a qualquer momento; entretanto, essa revogação não abrangerá ações já realizadas com base na autorização. A carta de revogação deverá ser enviada ao departamento de Health Information Management (Gestão de Informações de Saúde) no endereço da Nuvance Health listado acima.

Esta autorização vence em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Se nenhuma data de vencimento for estipulada, a autorização vencerá em 12 (doze) meses a partir da data da assinatura. Ao assinar abaixo, reconheço que li e compreendi este formulário de autorização.

Assinatura do paciente ou do representante autorizado  
(guardião/agente/representante)

Data

Nome do representante autorizado por extenso

Relação com o paciente/autoridade para agir em seu nome

Se for assinado pelo Representante do Paciente, especifique a relação com o paciente e a autoridade para agir em seu nome. Se o paciente for menor (menos de 18 anos) ou tiver um guardião legal, na maioria dos casos, o pai/mãe ou guardião legal do paciente deve assinar esta autorização. Uma cópia da documentação legal deve ser fornecida. Se o paciente menor de idade estiver recebendo tratamento para condições psiquiátricas, abuso de drogas/álcool, infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou HIV/AIDS, exames genéticos e serviços de tratamento de saúde reprodutiva, o consentimento do menor pode ser necessário para divulgação dos prontuários. Se o hospital/profissional determinar que o consentimento do menor é necessário para divulgar os prontuários solicitados, o hospital/profissional entrará em contato com o menor para obter a autorização.

**ENDEREÇOS DE COLETA DE PRONTUÁRIOS:** visite o departamento de Health Information Management (Medical Records [Prontuários Médicos]) nestes endereços para obter os prontuários médicos da Nuvance. Esses locais podem acessar os prontuários dos hospitais e consultórios médicos CT e NY Nuvance mediante solicitação.

- Norwalk Hospital: o endereço do departamento de HIM é: 333 Post Road West, Westport, CT
- Northern Dutchess Hospital: Rhinebeck, NY
- Putnam Hospital: Carmel, NY
- Sharon Hospital: Sharon, CT
- Vassar Brothers Medical Center: Poughkeepsie, NY

---

### **DEFINIÇÃO DE RESUMO DE PRONTUÁRIO E PRONTUÁRIO COMPLETO PARA PRONTUÁRIOS DE TRATAMENTO AGUDO**

- **Resumo do prontuário:**

Este é um conjunto parcial de prontuários de atendimento do paciente. Este grupo consiste em anotações do profissional de saúde e da enfermagem na Emergência, questões históricas e físicas, consultas, prontuários de operações/procedimentos, resumo de alta e laudos de exames diagnósticos.

- **Prontuário completo:**

Este é o conjunto completo de prontuários contendo toda a documentação durante o atendimento do paciente. Este conjunto consiste em anotações do profissional de saúde e da enfermagem na Emergência, questões históricas e físicas, consultas, laudos de operações/procedimentos, resumo de alta, laudos de exames diagnósticos, prontuários de administração de medicamentos, tratamento pré e pós-operatório, consentimentos, instruções de alta, folha de serviços de ambulância e todos os documentos criados durante o atendimento.

---

### **RESUMO DO PRONTUÁRIO PARA PRONTUÁRIOS DE PRÁTICA MÉDICA**

- O resumo do prontuário de prática médica consiste em anotações da consulta em consultório e laudos de exame diagnóstico.

---

### **AVISO E PROIBIÇÕES DE REDIVULGAÇÃO**

#### **Menores:**

Se um menor tiver autoridade para consentir com um serviço de tratamento de saúde específico sem consentimento dos pais ou outros, ou se os pais ou guardiões concordaram com a confidencialidade entre o profissional e o menor, o menor tem autoridade exclusiva para exercer seus direitos nos termos da HIPAA. Por exemplo, sob circunstâncias apropriadas, os menores podem consentir com seu próprio exame e tratamento para HIV, tratamento para abuso de álcool e drogas, tratamento ambulatorial de saúde mental ou tratamento de doenças sexualmente transmissíveis sem consentimento dos pais. Em casos nos quais o menor consente, os pais e outras pessoas não serão reconhecidas como representantes pessoais e não terão acesso às informações protegidas de saúde (protected health information, PHI) do paciente menor relacionadas ao tratamento.

#### **Prontuários e comunicações psiquiátricas:**

Se as informações liberadas constituírem informações psiquiátricas confidenciais protegidas pelas leis de Connecticut:

Essas informações foram divulgadas a você de prontuários cuja confidencialidade é protegida pela legislação estadual. A legislação estadual proíbe você de fazer qualquer divulgação adicional destas ou usá-las para finalidades diferentes das definidas acima, sem o consentimento por escrito específico da pessoa à qual pertencem ou conforme permitido pela lei.

Se as informações liberadas constituírem prontuários clínicos protegidos pela Lei de Higiene Mental de Nova York:

Essas informações foram divulgadas a você de prontuários cuja confidencialidade é protegida pela legislação estadual. A legislação estadual proíbe você de fazer qualquer divulgação adicional destas sem o consentimento por escrito específico da pessoa à qual pertencem ou conforme permitido pela lei.

#### **Prontuários de abuso de drogas e álcool:**

Se as informações divulgadas forem protegidas pelos Regulamentos de Confidencialidade de Prontuários de Pacientes de Abuso de Álcool e Drogas do HHS, essas informações foram divulgadas a você de prontuários protegidas pelas regras de confidencialidade (42 CFR Parte 2). As regras federais proíbem você de fazer divulgações adicionais dessas informações, exceto se a divulgação adicional for expressamente permitida pelo consentimento por escrito da pessoa à qual pertencem ou se for permitido pela 42 CFR Parte 2. Uma autorização geral de divulgação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para essa finalidade. As regras federais restringem qualquer uso de informações para investigar ou processar criminalmente qualquer paciente de abuso de álcool ou drogas.

#### **Informações relacionadas a HIV/AIDS:**

Se as informações liberadas constituírem informações confidenciais relacionadas a HIV protegidas pelas leis de Connecticut:

Essas informações foram divulgadas a você de prontuários cuja confidencialidade é protegida pela legislação estadual. A legislação estadual proíbe você de fazer qualquer divulgação adicional destas sem o consentimento por escrito específico da pessoa à qual pertencem ou conforme permitido pela referida lei. Uma autorização geral de divulgação de informações médicas ou outras NÃO é suficiente para essa finalidade.

Se as informações liberadas constituírem informações confidenciais relacionadas a HIV protegidas pelas leis de Nova York:

Essas informações foram divulgadas a você de prontuários confidenciais que são protegidos pela legislação estadual. A legislação estadual proíbe você de fazer qualquer divulgação adicional dessas informações sem o consentimento por escrito específico da pessoa à qual pertencem ou conforme permitido pela lei. Qualquer divulgação adicional não autorizada em violação à lei estadual pode resultar em multas ou pena de prisão ou ambas. Uma autorização geral da divulgação de informações médicas ou outras NÃO é autorização suficiente para divulgação adicional.

Se sofrer discriminação devido à liberação ou divulgação de informações relacionadas a HIV/AIDS, você pode entrar em contato com a divisão de Recursos Humanos do estado de Nova York, no número 1-888-392-3644. Essa agência é responsável pela proteção dos seus direitos.

#### **Serviços de tratamento de saúde reprodutiva (Connecticut):**

Informações relacionadas à prestação e ao recebimento de serviços de tratamento de saúde reprodutiva são protegidas pelas leis de Connecticut (Ato Público n.º 22-19). "Serviços de tratamento de saúde reprodutiva" incluem todos os serviços médicos, cirúrgicos, de aconselhamento ou encaminhamento relacionados ao sistema reprodutivo humano, incluindo, entre outros, serviços relacionados à gravidez, à contracepção ou à interrupção da gravidez. A legislação estadual proíbe a divulgação de comunicações sobre os serviços de saúde reprodutiva de um paciente ou do curador, guardião ou outro representante legal autorizado do paciente, ou quaisquer informações obtidas por um exame pessoal do paciente relacionado a serviços de saúde reprodutiva, sem o consentimento por escrito da pessoa à qual pertencem, exceto em circunstâncias limitadas conforme definido na lei. Como paciente, ou curador, guardião ou outro representante legal autorizado do paciente, você tem o direito de reter esse consentimento por escrito.