



Prima CARE

CONSENTIMENTO DE DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PARA OPERAÇÕES DE PAGAMENTO, TRATAMENTO E CUIDADOS DE SAÚDE

Nome do doente: _____ Data de nascimento: _____

Último Primeiro Inicial do meio

Morada de casa: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código postal _____ Endereço eletrónico: _____

Telefone de casa: _____ Telemóvel: _____

CONFIRMAÇÃO DE RECEÇÃO DO AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE DO CONSULTÓRIO:

Com a minha assinatura abaixo, reconheço que recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade do Consultório.

CONSENTIMENTO DE DIVULGAÇÃO DAS MINHAS INFORMAÇÕES GERAIS DE SAÚDE:

Com a minha assinatura abaixo, autorizo o Consultório a divulgar as minhas informações médicas para que o consultório me possa tratar, obter pagamento de terceiros por tal tratamento e, no geral, proceder às operações de cuidados de saúde do Consultório (por exemplo: garantia de qualidade). Também autorizo o Consultório a divulgar as minhas informações médicas a seguradoras e prestadores de serviços externos ao Consultório quando necessário, para que tais prestadores de serviços me possam tratar, para obter pagamento por tais tratamentos e para efeitos das suas operações de cuidados de saúde. **Autorizo ainda o Consultório a divulgar as minhas informações médicas através do meu atendedor de chamadas doméstico/correio de voz e ao meu cônjuge, aos meus filhos e aos seguintes familiares e amigos adicionais:**

Este consentimento manterá pleno efeito enquanto o utente estiver ao cuidado de qualquer médico da Prima CARE P.C.

AS MINHAS INFORMAÇÕES ALTAMENTE CONFIDENCIAIS:

Compreendo que o meu registo médico contém atualmente ou pode conter no futuro os tipos seguintes de informações altamente confidenciais. Com a minha assinatura abaixo, autorizo especificamente a divulgação de tais informações como parte do meu registo médico a seguradoras e prestadores de serviços externos ao Consultório, para fins de obtenção de tratamento para mim, para pagamento do tratamento que me é facultado e para que tais entidades possam conduzir as suas operações de saúde:

- informações sobre o estado de VIH/SIDA
- informações sobre testes genéticos
- consentimento de aborto
- informações sobre doenças venéreas
- informações sobre tratamento contra abuso de substâncias (álcool ou drogas)
- se eu for um menor emancipado, informações sobre o meu tratamento e diagnóstico (exceto aos meus pais)
- informações relativas a comunicação confidencial com um psicoterapeuta, psicólogo, assistente social, conselheiro de violência sexual, conselheiro de violência doméstica ou outro profissional de saúde mental ou de serviços humanos associado
- registos de mamografias
- informações sobre serviços de planeamento familiar ou formulários de
- informações relacionadas com registos de programas comunitários de saúde mental

Nota para o doente: risque qualquer das alíneas enumeradas acima se não quiser essas informações divulgadas pelo Consultório.

A lei do Massachusetts requer que os prestadores de serviços comuniquem as informações sobre vacinação a um registo de vacinação informatizado conhecido como Sistema de Informação de Vacinação do Massachusetts (MIIS, ou Massachusetts Immunization Information System). O MIIS conserva registos de vacinação para si e para o seu prestador de cuidados de saúde e pode ajudar a evitar surtos de doenças como o sarampo e a gripe. Todas as informações do MIIS são mantidas seguras e confidenciais. O MIIS permite a partilha de informações com prestadores de cuidados de saúde, enfermeiros escolares, administrações de saúde locais e órgãos do Estado com competências na área da vacinação. Tem o direito de objetar à partilha das suas informações de vacinação do MIIS com os diferentes prestadores de serviços.

Para mais informações, visite o sítio *web* do MIIS em www.mass.gov/dph/miis ou contacte o Programa de Vacinação do Massachusetts pelos números 617-983-6800 ou 888-658-2850.

Assinatura do doente

Data

Se o doente for um menor não emancipado ou uma pessoa incapacitada (física ou mentalmente), obter as assinaturas seguintes:

Assinatura do representante pessoal

Descrição dos poderes

Data

A Prima CARE PC está empenhada em salvaguardar as suas informações pessoais, mas não podemos assegurar a proteção contra todas as ameaças de segurança. A Prima CARE PC não será responsável por quaisquer danos causados por uma violação de confidencialidade respeitante à sua utilização do sistema de mensagens da Prima CARE, a menos que a violação seja causada pela Prima CARE.

Ao facultar um número de telefone ou endereço eletrónico à Prima CARE PC, concorda em receber lembretes, informações de marcações e notificações do portal de saúde. Ao fornecer estas informações, está a certificar que tem mais de dezoito (18) anos de idade e que é (a) o doente ou (b) o tutor legal do doente.

Termos e Condições: poderão aplicar-se taxas de mensagens e dados. A frequência das mensagens depende das definições da conta. Ligue para o consultório do seu médico da Prima CARE para ajuda ou assistência.