

Boca Pediatric Group
5458 Town Center Road #20
Boca Raton, FL 33486
561-391-6210

Autorização para o Uso/Divulgação de Informações de Médicas Protegidas

Esse formulário aplica exclusivamente à divulgação e liberação de informações. Não é um consentimento para tratamento e não possui qualquer outro propósito.

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____

Endereço (rua) _____ Número da conta # _____ (Cidade, Estado, Código Postal) _____
Número de telefone # _____

Ao assinar esse formulário, autorizo a parte mencionada abaixo a usar, divulgar ou liberar minhas informações médicas protegidas ou as do meu filho/a.

Essa autorização permite:

_____ [] para usar ou divulgar ao _____
Fornecedor de Serviço ou atendimento No Fornecedor de Serviço ou atendimento

_____ [] a receber de _____
Endereço Endereço

_____ Cidade, Estado, Código Postal _____
Cidade, Estado, Código Postal

_____ Telefone/Fax _____
Telefone/Fax

Autorizo a liberação das seguintes informações:

{ } Cópias de todos os registros médicos correspondentes ao período: ____/____/____ Até ____/____/____
{ } Cópias da informação descrita a seguir correspondente ao período ____/____/____ Até ____/____/____

() Histórico e Exame Físico () Caderneta de Vacinação () Dados de Crescimento () Exames de Laboratório, Radiografias, etc () Relatórios de outros médicos.

[] Outro (Especificar) _____

Entendo que essas informações podem incluir qualquer histórico de síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS); doenças sexualmente transmissíveis; infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); serviços de saúde comportamental/cuidados psiquiátricos; tratamento para abuso de álcool e/ou drogas; ou condições semelhantes. • A seguinte informação NÃO deve ser liberada, mesmo que tenha acontecido durante as datas indicadas anteriormente.

Motivo da Liberação/Cópia. [] Cópia pessoal [] Mudança/Troca de Clínica ou Médicos [] Designar a outro especialista [] Insatisfeito com a Prática ou Serviço (por favor, indique o motivo) _____

Foi disponibilizado uma cópia para mim, do Aviso de Práticas de Privacidade e de qualquer custo associado com a autorização. Eu consultei e estou ciente sobre qualquer inconveniente que possa ter sobre o uso, divulgação ou liberação das minhas informações de saúde com o Oficial de Privacidade ou qualquer outro funcionário do setor competente.

Entendo que Boca Pediatric Group não assume nenhuma responsabilidade pelo uso ou mau uso por parte de terceiros das minhas informações médicas divulgadas sob a seguinte autorização. Eu libero Boca Pediatric Group de qualquer responsabilidade legal que possa surgir desta autorização.

Firma do Paciente ou Responsável Legal

Data

Nome Impresso do Paciente ou Responsável Legal

*Costos: Cartilla / Carnet de vacunas del último año y gráfico de crecimiento gratuito. Otros registros: \$1.00 por página para las primeras 25 páginas, si excede 25 páginas, se aplicará un costo extra de \$0.25 por página para las siguientes.

O paciente ou seu representante podem revogar essa autorização notificando por escrito ao Oficial de Privacidade designado. A lei federal estabelece que o tratamento, o pagamento, a inscrição ou a elegibilidade para benefícios não podem ser condicionados à obtenção desta autorização caso tal condição for proibida pelas leis de privacidade. A lei federal também exige uma declaração de que existe a possibilidade de que as informações de saúde protegidas divulgadas sob esta autorização possam ser novamente divulgadas pelo destinatário.

SOMENTE PARA USO INTERNO:

Nome da Pessoa que Libera os Registros: _____

Método de Transferência: Enviar pelo correio a _____ Enviado via fax para _____ na data
Recebido por (Nome) _____ na data _____

Número de ID SIM Sem método de identificação _____