



107 Commercial Street  
Mashpee, MA 02649-  
508-477-7090  
508-477-7028 (fax)  
www.chcofcapecod.org

Bem vindos ao seu novo centro de saúde! Estamos felizes em poder te oferecer cuidados de alta qualidade, como: medico, tratamento dentário, mental, oculista, farmácia e muito mais!

Por favor siga os passos para se tornar um paciente.

1. Aplique para um seguro de saúde ( é necessario ter um comprovante que você aplicou para o seguro antes que você possa marcar sua primeira consulta). Se precisar de assistência para aplicar para o seguro de saúde, podemos ajuda-lo. Os horarios para assistência estão disponíveis no fim desta pagina.\
2. Complete e retorne os seguintes formularios, isto pode ser feito: pessoalmente, via fax ou correio.
  - a. Registro do Paciente
  - b. Autorização para tratamento e serviços disponíveis do Health Center
  - c. Questionario sobre seu historico de saúde.
  - d. ROI, autorização para requerer seu historico de saúde do seu medico anterior.
3. Leia e guarde em seu arquivo pessoal o Guia de informações e Privacidade do Paciente (Patient Information Guide and Notice o Privacy Practices)

Em dentro de 5 dias ligaremos para lhe ajudar escolher seu novo medico e marcar sua primeira consulta. Favor ligar para o departamento de Novos Pacientes 508-477-7090 ramal em Portugues:1151 (se você necessitar de orientação).

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "Karen Gardner".

Karen Gardner  
Diretora Executiva

**Assistencia Para Preencher o Formulario do Seguro de Saúde:  
Ajuda estara disponivel de Segunda à Sexta de 9a.m.-4p.m. Ligue com  
antecedencia para ter certeza que alguem estara disponivel para ajuda-lo.  
Para mais informações ligue: 508-477-7090 ramal:1155.**

**Community Health Center ~ Formulário de Registro do Paciente -- Retornar após completar** Nov-22

Eu Estou Registrando Para os seguintes serviços: Cuidados Primários (CP) *Localização preferencial para CP:*

Mashpee Falmouth Bourne Sandwich Centerville

Ambulatório médico somente Dentista  Saúde da Mulher Tratamento de tóxicodependência Visão\* Saúde Comportamental \*

(\*É necessário que você receba Cuidados Primários(CP) no CHC para acesso à estes serviços)

Se você receba CP em outro lugar, por favor escreva o nome de seu clínico geral: \_\_\_\_\_

Sobrenome:	Primeiro Nome:	Número do Social:	Data de Nascimento:	Sexo (legal): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
------------	----------------	-------------------	---------------------	--

Título:	Nome do meio:	Apelido:	Nome de solteiro:	Outro nome ou apelido:
---------	---------------	----------	-------------------	------------------------

Endereço:	Cidade:	Estado:	Cep:
-----------	---------	---------	------

Endereço Residencial (Se difere do acima mencionado):	Cidade:	Estado:	Cep:
---	---------	---------	------

**NÚMERO DE TELEFONE & EMAIL** Por favor indique o número onde você prefere receber ligações da Clínica, e onde nós podemos deixar mensagem Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Este é meu telefone:  Celular  Residencial Comercial Outro

Estado <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	Origem Étnica – Marque uma opção <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano-Americano/Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Porto-Riquenho <input type="checkbox"/> Outro Hispânico, Latino/a ou de Origem Espanhola <input type="checkbox"/> Não é Hispânico, Latino/a ou de Origem Espanhola <input type="checkbox"/> Escolha não divulgar
Civil: <input type="checkbox"/> Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	
Raça- Marque todas que aplicam <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indiano Asiático <input type="checkbox"/> Chinês <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonês <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Outro Asiático <input type="checkbox"/> Havaiano Nativo <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Outro Ilhéu do Pacífico <input type="checkbox"/> Guamês ou Chamorro <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Índio Americano/Nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Escolha não divulgar	

Sexo atribuído à nascença: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Orientação Sexual:	Pronome:
--	--------------------	----------

Identidade de Gênero : M F Trans M to F Trans F to M GQ; ou não-binário  Questionando Outro Escolher não liberar

Você é Veterano dos USA ? Sim Não País de Nascimento- Estados Unidos Brasil Cabo Verde Jamaica \_\_\_\_\_

**CONTATO DE EMERGÊNCIA** Nome: \_\_\_\_\_ Número de Telefone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Relacionamento ao Paciente: \_\_\_\_\_

**PAIS/CUSTÓDIA:** Complete por favor para pacientes com menos de 18 anos ou um Tutor Legal  
 O Paciente tem um Tutor Legal sem ser os Pais? Sim Não **Se Sim, Favor fornecer documentação.**  
 Nome dos Pais/Custódia : \_\_\_\_\_ Relação ao Paciente \_\_\_\_\_

Telefone dos Pais /Custódia: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número do Social dos Pais/Custódia : \_\_\_\_\_

EMPREGADOR: \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO: \_\_\_\_\_

ESTADO EMPREGADOR : \_\_\_\_\_ Você é imigrante trabalhador residente ou temporário?  Sim  Não  
 Integral  Desempregado  Tempo Parcial  Aposentado  Militar Ativo Autônomo Estudante Integral  Estudante Parcial

Deficientes Visuais?  Sim  Não Audição prejudicada?  Sim  Não  
 Primeira Língua:: \_\_\_\_\_ Precisa de Intérprete?  Sim  Não

Como você ficou sabendo sobre nós?:  Amigo Empregador  Agência de Serviços Sociais Hospital Médico Jornal  
Televisão Rádio Pesquisa on-line Anúncio on-line CHC cartão postal CHC folheto Outros \_\_\_\_\_

Qual é sua situação de moradia hoje? Você recebe algum tipo de assistência para moradia ? Sim Não  
 Eu não tenho moradia(ficando na casa de outros, em hotel, em abrigo, morando nas ruas, na praia, no carro, no parque)  
 Eu tenho moradia hoje, mas estou preocupado com a perda da mesma no futuro.  
 Eu tenho moradia (marque uma opção): Aluguel Casa Própria Mora com a família Asilo Outros

*Apenas para fins de apresentação de relatórios de subvenção. Nenhuma informação pessoal jamais será relatado. Esta seção nos ajuda a receber verbas.*  
 Quantas pessoas são na família : \_\_\_\_\_ Qual é o rendimento anual de sua família : \_\_\_\_\_

<p><b>Número de Identificação do Seguro#</b></p> <p>Primário _____ Secundário(se aplicável) _____</p> <p>Seguro (Marque todos que aplicam): <input type="checkbox"/>Sem seguro <input type="checkbox"/> Aplicado  <input type="checkbox"/>Mass Health (C3) <input type="checkbox"/>HSN <input type="checkbox"/>Medicare <input type="checkbox"/>Harvard Pilgrim  <input type="checkbox"/>BC/BS <input type="checkbox"/>Tufts <input type="checkbox"/>Tricare <input type="checkbox"/>United Health <input type="checkbox"/>Veterans  <input type="checkbox"/>Outro: _____                  ACO: _____                  Você é membro do Indian Health Services? <input type="checkbox"/>Sim <input type="checkbox"/>Não</p>	<p><b>Informação do assinante</b>(se o assinante do seguro não for o paciente):</p> <p>Nome _____                  Data de Nascimento: _____</p> <p>Seguro Dentário _____ ID # _____                  Seguro Dentário _____ ID # _____                  Seguro de Visão _____ ID # _____                  Seguro de Visão _____ ID # _____</p>
---	--

**Assinatura (Paciente ou Pais/Tutores):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Date received by CHC:	Office/PCP assigned:	CHC Staff initials accepting packet/date:
-----------------------	----------------------	---

<b>Nome Completo</b> (sobrenome, nome, nome do meio):		Data de Nascimento:	Data:
<b>MEDICAMENTOS</b>			
Favor listar todos os medicamentos que você esta usando neste momento. <i>Marque um "x" em quais necessitam refill.</i>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Favor listar qualquer alergias a medicamentos ou qualquer outra alergia:			
Favor marcar um "x" se você Não tem qualquer alergia a medicamentos: <input type="checkbox"/> Favor marcar um "x" se você Não esta tomando nenhum medicamento: <input type="checkbox"/>			
<b>HISTORICO DE SAUDE RECENTE</b>			
Nome do medico anterior:		Telefone:	
Foi visto a emergência do hospital nos ultimos 10 dias?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Esteve internado em um: hospital, clinica de reabilitação, clinica de desintoxicação ou asilo no ultimos 21 dias?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você tem alguma URGENCIA medica neste momento que requer atendimento imediato?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Explique brevemente:			
Quem é o seu tutor? (Favor fornecer documentos):			
Você foi visto por um especialista recentemente? (ex: Neurologista, Ortopedista, Cardiologista, Psicologo, etc.)		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você ja pensou em se machucar ou machucar os outros?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você gostaria de ter acompanhamento com us psicologo?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Para pacientes pediaticos: o paciente necessita de alguma vacina ou exame completo imediato?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você necessita de antibioticos antes de um tratamento dentario?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Você já teve alguma complicação apos um tratamento dentario?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, por favor explique:			
Favor marcar um "x" se você necessita assistencia com:			
<input type="checkbox"/> Ler/Escrever	<input type="checkbox"/> Moradia	<input type="checkbox"/> Seguro de Saúde	<input type="checkbox"/> Interprete
<b>PROBLEMAS DE SAÚDE</b>			
<input type="checkbox"/> AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Sangramento Excessivo	<input type="checkbox"/> Febre Reumática	<input type="checkbox"/> Gravidez, data de nascimento:
<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Tratamento de Radiação	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever
<input type="checkbox"/> Insônia	<input type="checkbox"/> Verrugas	<input type="checkbox"/> Doença Hepática	<input type="checkbox"/> Infecção Sexualmente Transmissível
<input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> Febre do Feno	<input type="checkbox"/> Marcapasso Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sinusite
<input type="checkbox"/> Asma/Enfisema	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca/Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> AVC (Acidente Vascular Cerebral)
<input type="checkbox"/> Articulações Artificiais(protese)	<input type="checkbox"/> Sopro Cardíaco	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Doença da Tiróide
<input type="checkbox"/> Doença Arterial	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Pressão Arterial Elevada	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Tumores
<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Icterícia	<input type="checkbox"/> Pulmão	<input type="checkbox"/> Problemas de Visão
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> Problemas de Estômago	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Tonteira	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios	<input type="checkbox"/> Ferimentos na Cabeça	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Dependência de álcool/Dependência Química (no passado, ou presente)	<input type="checkbox"/> Distúbios Mentais	

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Dear Patient, Please complete separate Request for Release of Protected Health Information forms for each provider who has medical records for you, including your previous primary care provider and any specialist you have seen. Additional forms can be downloaded from [chcofcapecod.org](http://chcofcapecod.org) or picked up any of our office locations. Thank you!



## REQUEST FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

107 Commercial Street, Mashpee MA 02649  
Phone (508) 477-7090 Fax (508) 477-7028

Patient Last Name:	Patient First Name:	Middle Initial:	Date of Birth:

Patient Mailing Address:	Patient Phone:

### I authorize Community Health Center to:

Send my CHC medical records to  
 Request my medical records from  
 Share (send and receive) records with

Name/Facility:	Phone:	Fax:

Street:	City:	State:	Zip:

### Medical records include information pertaining to my identity, prognosis, diagnosis, or treatment

Information to be released:

My Entire Record

**Under Massachusetts state law we cannot release certain information unless you give us special permission to release it.**

**By initialing each item I agree to its release:**

- HIV/AIDS information (PATIENT AUTHORIZATION REQUIRED FOR EACH RELEASE REQUEST WITH SPECIFIC DATES)
- Details of Domestic Violence Victims' Counseling
- Details of Sexual Assault Counseling
- Details of Mental Health Diagnosis and/or treatment provided by a Mental Health Provider (I understand that my permission may not be required to release my mental health records for payment purposes)
- Alcohol and Drug Abuse Records Protected by Federal Confidentiality Rules 42 CFR Part 2 (FEDERAL RULES PROHIBIT ANY FURTHER DISCLOSURE OF THIS INFORMATION UNLESS FURTHER DISCLOSURE IS EXPRESSLY PERMITTED BY WRITTEN CONSENT OF THE PERSON TO WHOM IT PERTAINS OR AS OTHERWISE PERMITTED BY 42 CFR PART 2.) This consent may be revoked upon written request

This authorization is valid for release of Protected Health Information for 180 days from date below OR (please indicate):

a one-time disclosure  
  upon termination from services  
  until revoked  
  other \_\_\_\_\_

I understand that by law, I do not need to consent to the release of/request for this information to receive care or payment for care or to be eligible for enrollment or any benefits. However, I choose to do so willingly and voluntarily for the purpose specified above. My signature acknowledges my receipt and understanding of CHC of Cape Cod Notice of Privacy Practices. I understand that I have the right to request a copy of my records as provided by CFR 164.524. I understand that I have a right to receive a copy of this form after I have signed it. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure by the recipient and the information may not be protected by confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Health Information Manager.

I understand that I may revoke this authorization in writing. Upon revocation, information will not be released except to the extent that we have already taken action in response to this authorization.

I also release Community Health Center of Cape Cod from all legal responsibilities and liabilities that may arise from the release of the information.

**Signature of Patient/personal representative:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

If signed by anyone other than patient, print name and select relationship and/or reason and legal authority to do so

**Name:** \_\_\_\_\_

**Patient is:**  minor  incompetent  deceased  Parent/legal guardian  Legal authority (proof attached)

**Signature of witness:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Dear Patient, Please complete separate Request for Release of Protected Health Information forms for each provider who has medical records for you, including your previous primary care provider and any specialist you have seen. Additional forms can be downloaded from [chcofcapecod.org](http://chcofcapecod.org) or picked up any of our office locations. Thank you!



## REQUEST FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

107 Commercial Street, Mashpee MA 02649  
Phone (508) 477-7090 Fax (508) 477-7028

Patient Last Name:	Patient First Name:	Middle Initial:	Date of Birth:
--------------------	---------------------	-----------------	----------------

Patient Mailing Address:	Patient Phone:
--------------------------	----------------

### I authorize Community Health Center to:

- Send my CHC medical records to  
 Request my medical records from  
 Share (send and receive) records with

Name/Facility:	Phone:	Fax:
----------------	--------	------

Street:	City:	State:	Zip:
---------	-------	--------	------

### Medical records include information pertaining to my identity, prognosis, diagnosis, or treatment

Information to be released:

- My Entire Record

**Under Massachusetts state law we cannot release certain information unless you give us special permission to release it.**

**By initialing each item I agree to its release:**

- HIV/AIDS information (PATIENT AUTHORIZATION REQUIRED FOR EACH RELEASE REQUEST WITH SPECIFIC DATES)
- Details of Domestic Violence Victims' Counseling
- Details of Sexual Assault Counseling
- Details of Mental Health Diagnosis and/or treatment provided by a Mental Health Provider (I understand that my permission may not be required to release my mental health records for payment purposes)
- Alcohol and Drug Abuse Records Protected by Federal Confidentiality Rules 42 CFR Part 2 (FEDERAL RULES PROHIBIT ANY FURTHER DISCLOSURE OF THIS INFORMATION UNLESS FURTHER DISCLOSURE IS EXPRESSLY PERMITTED BY WRITTEN CONSENT OF THE PERSON TO WHOM IT PERTAINS OR AS OTHERWISE PERMITTED BY 42 CFR PART 2.) This consent may be revoked upon written request

This authorization is valid for release of Protected Health Information for 180 days from date below OR (please indicate):

- a one-time disclosure  
  upon termination from services  
  until revoked  
  other \_\_\_\_\_

I understand that by law, I do not need to consent to the release of/request for this information to receive care or payment for care or to be eligible for enrollment or any benefits. However, I choose to do so willingly and voluntarily for the purpose specified above. My signature acknowledges my receipt and understanding of CHC of Cape Cod Notice of Privacy Practices. I understand that I have the right to request a copy of my records as provided by CFR 164.524. I understand that I have a right to receive a copy of this form after I have signed it. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure by the recipient and the information may not be protected by confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the Health Information Manager.

I understand that I may revoke this authorization in writing. Upon revocation, information will not be released except to the extent that we have already taken action in response to this authorization.

I also release Community Health Center of Cape Cod from all legal responsibilities and liabilities that may arise from the release of the information.

**Signature of Patient/personal representative:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

If signed by anyone other than patient, print name and select relationship and/or reason and legal authority to do so

**Name:** \_\_\_\_\_

**Patient is:**    minor    incompetent    deceased    Parent/legal guardian    Legal authority (proof attached)

**Signature of witness:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



## Notificação de Práticas de Privacidade aos Pacientes



Este aviso descreve como as informações médicas sobre você pode ser usada e divulgada e como você pode ter acesso a esta informação. Por favor, estude-a cuidadosamente.

Community Health Center (CHC) acredita firmemente na proteção da privacidade de informações de saúde dos nossos pacientes (PHI - Protected Health Information). PHI é a informação que:

- Identifica você (ou pode razoavelmente ser usado para identificá-lo) e
- Refere-se a sua condição de saúde física ou mental, a prestação de cuidados de saúde para você ou o pagamento para esse cuidado.

Somos obrigados por lei a manter a privacidade da sua PHI e para fornecê-lo com aviso de nossas obrigações legais e práticas de privacidade com relação à sua PHI. Este Aviso de Práticas de Privacidade descreve como nós podemos coletar, usar e revelar a sua PHI, e os seus direitos sobre o seu PHI.

### **Compreendendo suas Informações médicas pessoais**

Toda vez que você visitar o centro de saúde e ser visto por um clínico geral ou receber outros serviços um registro é feito da visita. Este registro geralmente contém seus sintomas, exames e os resultados dos testes, diagnósticos, tratamento, e um plano de cuidados e tratamentos futuro. Os registros médicos para o centro de saúde são armazenadas em papel ou no computador.

A informação médica também poderá ser usada e armazenada por outros departamentos no centro de saúde no curso normal dos negócios. Esta informação pode ser armazenada em papel ou no computador. O centro de saúde também pode receber informações sobre sua saúde de outros provedores ou outras instalações que não fazem parte do CHC e armazenar essas informações no seu prontuário médico do CHC. Todas essas informações são consideradas confidenciais e está sujeito as proteções mencionadas neste aviso de privacidade.

Sua informação médica é usada para muitos propósitos, incluindo:

- Planejar o seu cuidado e tratamento
- A comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde que cuidam de você
- Comprovar que os serviços faturados a sua companhia de seguros foram efetivamente prestados
- Ajudar a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes do centro de saúde
- Ajudar as autoridades de saúde pública na melhoria da saúde da população
- Fornecer um registro legal do cuidado e tratamento que você recebeu

Entenda o que está no seu PHI e como ele é usado para ajudar você a:

- Certificar-se de sua exatidão e integridade
- Compreender quem, o quê, onde, porquê, e como os outros podem acessar o seu PHI
- Tomar decisões de como autorizar a divulgação para os outros
- Compreender melhor os direitos PHI detalhadas abaixo

### **Seus direitos individuais**

O PHI é a propriedade do centro de saúde, porém você ou o seu representante legalmente reconhecido tem o direito de:

- Obter uma cópia em papel do presente aviso, mediante pedido
- Solicitar uma restrição em alguns usos e divulgações de informações contidas em seu prontuário médico
- Obter uma cópia de seu registro médico

- Solicitar uma emenda ao seu prontuário médico
- Solicitar uma prestação de contas ou lista de divulgação de seu prontuário médico
- Solicitar que nós fornecemos suas informações de saúde para você de forma alternativa ou em local alternativo, de uma forma confidencial
- Revogar a sua autorização para usar ou divulgar informações médicas, exceto nos casos em que informações já foram utilizadas e comunicadas sobre sua prévia autorização

**O centro de saúde é obrigado a:**

- Proteger a privacidade de sua informação médica
- Proporcionar-lhe um aviso sobre nossas obrigações legais e práticas de privacidade em relação as informações que coletamos e mantemos a seu respeito
- Seguir os termos do presente anúncio
- Deixar você saber se não podemos concordar com a solicitação de restrição sobre o uso ou divulgação de suas informações médicas
- Deixar você saber se não podemos concordar com a alteração solicitada a sua informação médica
- Concordar com pedidos razoáveis para comunicar informação médica por meios alternativos ou em locais alternativos do que normalmente usamos

O centro de saúde tem o direito de alterar as práticas que se seguem. Caso isto aconteça, vamos deixá-lo saber por uma notificação que será publicada e disponível no centro de saúde.

Nós não vamos usar ou divulgar suas informações médicas, exceto conforme descrito no presente aviso.

**Exemplos de usos de informação médica para tratamento, pagamento e operações de cuidados de saúde**

Nós usaremos sua informação médica para o seu tratamento Por exemplo: Cada vez que você visitar o centro de saúde um registro será feito dos sintomas, exames e os resultados dos testes, diagnósticos, tratamento e um plano de cuidados ou de tratamento futuro. Todos os prestadores de cuidados de saúde no CHC que cuidam de você estão autorizados a olhar para estas informações cada vez que você retornar à clínica para uma consulta ou serviço.

Nós usaremos sua informação médica para o pagamento Por exemplo: Quando uma fatura é enviada para uma companhia de seguros para uma visita, geralmente, inclui o seu nome, outras informações de identificação, como sua data de nascimento e endereço, e informações sobre o motivo de sua visita, o tratamento dado, e qualquer fornecimentos utilizados.

Nós usaremos sua informação médica para operações regulares de cuidados de saúde Por exemplo: Os contratos do centro de saúde com empresas financeiras para auditar os processos de faturamento e pagamento. Como parte da auditoria de processos de faturamento e de pagamento do contratante poderá ter de rever a informação médica relacionada ao projeto de lei que estão a auditar. Em todas as situações onde um associado contratante ou empresa recebem acesso a informações de saúde protegidas, o centro de saúde exige que a pessoa ou empresa contratada proteja a privacidade da informação médica recebida. O centro de saúde pode entrar em contato para fornecer lembretes de compromissos ou informações sobre os benefícios de saúde ou serviços que possam ser do seu interesse.

**Health Information Exchange**

O Centro de Saúde participa de várias trocas de informações de saúde, a fim de compartilhar informações de forma segura e eletrônica com outras clínicas envolvidas em seus cuidados, incluindo:

Massachusetts Immunization Information System (MIIS) - os pacientes podem optar por sair do MIIS, compartilhando seu histórico de vacinação com outras clínicas.



Massachusetts Hlway - O CHC usa o Direct Messaging(mensagem direta) para se comunicar com alguns clínicos sobre seus cuidados. Se o clínico que estiver recebendo a mensagem tiver o endereço no Mass Hlway, as informações do paciente serão transmitidas de forma segura por meio do Mass Hlway. Nenhum dado é armazenado no Mass Hlway. Mensagem direta é um meio seguro e eletrônico de comunicação que substitui métodos como o correio ou o fax.

Epic CareEverywhere - Clínicos envolvidos nos cuidados de um paciente que utilizam o sistema Epic Electronic Health Record, podem compartilhar informações com segurança. As informações compartilhadas via Care Everywhere podem incluir informações sensíveis de saúde, como tratamento ou encaminhamento de abuso de drogas e álcool, diagnóstico e tratamento em saúde mental, testes genéticos, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, e diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS. Os pacientes podem optar por não compartilhar suas informações através da Epic Care Everywhere.

Os pacientes podem optar por não compartilhar suas informações por meio de cada um desses serviços de troca de informações.

### **Uso ou divulgação de informação médica sem autorização**

O centro de saúde é permitido por lei federal ou estadual ou por regulamento, a divulgar informações médicas sem a autorização do paciente ou representante legalmente reconhecido, nas seguintes circunstâncias:

- Em situações de emergência médica informações médicas sobre o paciente podem ser divulgadas a outro profissional médico ou outra facilidade para cuidar do paciente, e, se necessário, ao membro da família de um paciente
- Quando um paciente está sendo encaminhado para outro provedor ou facilidade de cuidados médicos, informações que o fornecedor ou facilidade receberem para cuidar do paciente podem ser divulgadas para instalações receptoras
- As empresas de seguros que pagam por serviços prestados a um paciente são capazes de receber informações sobre os serviços que estão pagando
- Agências de licenciamento ou credenciamento podem receber informações sobre os pacientes para que eles decidam se o centro de saúde está prestando bons cuidados médicos
- O centro de saúde é exigido por lei estadual para denunciar casos suspeitos de abuso, negligência e violência doméstica para as agências estaduais, em caso tais informações médicas do paciente podem ser divulgadas à agência estadual
- Quando uma pessoa morre, que tem sido um paciente do centro de saúde e o médico legista está investigando a morte, o centro de saúde é exigido por lei estadual para fornecer informações médicas do paciente para o médico legista se ele ou ela o necessite
- Quando uma pessoa entrar com uma reclamação com o Conselho de Acidente de Trabalho, o centro de saúde pode revelar informação médica do paciente para o conselho se solicitá-lo
- Quando a informação for solicitada por uma ordem judicial válida, o centro de saúde é obrigado por lei a divulgar a informação solicitada
- O centro de saúde é obrigado a relatar certas doenças e condições para as agências estaduais supervisionar a saúde pública
- Se um prestador de cuidados de saúde pensa que um paciente pode prejudicar outra pessoa ou se o paciente fez uma ameaça de prejudicar outra pessoa, o prestador de cuidados pode contactar as autoridades policiais e divulgar informações sobre a ameaça

- O centro de saúde é obrigado por lei a fornecer informações ao Food and Drug Administration (FDA), se solicitado a fazê-lo em relação à qualidade, segurança ou eficácia dos produtos ou atividades regulamentadas pelo FDA
- Os empregadores têm o direito por lei de receber informações relacionadas à vigilância médica do local de trabalho para avaliar se a pessoa tem uma lesão ou doença relacionada ao trabalho
- A lei exige que o centro de saúde forneça informações para órgãos de fiscalização de saúde, se solicitado a fazê-lo
- Os pedidos de certos órgãos de aplicação da lei podem ser respondidos
- Em caso de algum desastre, o centro de saúde é permitido a compartilhar informações para órgãos públicos ou privados, proporcionando alívio nesses casos

CHC é membro de centros de saúde organizados, incluindo participantes da Liga de Massachusetts dos Centros Comunitários da Saúde (MLCHC) e OCHIN. A lista atual de participantes da OCHIN está disponível em [www.ochin.org](http://www.ochin.org). Como negócios relacionados do CHC, MLCHC e OCHIN, eles estão envolvidos em atividades de avaliação e melhoria de qualidade em nome do CHC e de outros participantes da rede para estabelecer padrões de boas práticas e avaliar benefícios clínicos que podem ser derivados do uso de registros eletrônicos de saúde.

A OCHIN também fornece informação tecnológica e serviços relacionados ao CHC e outros participantes da OCHIN. A OCHIN ajuda os participantes a trabalhar de forma colaborativa para melhorar a gestão dos encaminhamentos internos e externos dos pacientes. Suas informações pessoais de saúde podem ser compartilhadas pelo CHC com outros participantes da OCHIN, ou como uma troca de informações somente quando necessário para tratamento médico, ou para fins operacionais do arranjo organizado de cuidados de saúde. As operações de saúde podem incluir, entre outras coisas, geocodificação de sua área residencial para melhorar os benefícios clínicos que você recebe.

As informações de saúde pessoal podem incluir informações médicas passadas, presentes e futuras, assim como informações descritas nas Regras de Privacidade. A extensão das informações, serão descritas na medida e serão divulgadas de acordo com as Regras de Privacidade ou qualquer outra lei aplicável, conforme alterado de tempos em tempos. Você tem o direito de mudar de ideia e recusar esse consentimento, no entanto, as informações já podem ter sido fornecidas conforme permitido por você. Este consentimento permanecerá em vigor até que seja revogado por você por escrito. Se solicitado, você receberá uma lista de entidades às quais suas informações foram divulgadas.

### **Uso ou divulgação com autorização**

Divulgação de informações de seu prontuário médico para além dos incluídos neste aviso de privacidade será feito mediante sua autorização por escrito ou mediante autorização escrita da pessoa legalmente capaz de agir em seu nome.

### **Para mais informações ou para relatar um problema**

Se você tiver alguma dúvida sobre este aviso ou quiser mais informações pode contactar o Compliance Officer no 508 477-7090.

Se você acha que seus direitos de privacidade foram violados, você pode fazer uma reclamação com o Compliance Office por email ao Community Health Center, 107 Commercial Street, Mashpee, MA 0264, ou ligando para o Compliance Officer no 508 477 4090. Estas chamadas serão confidenciais e não afetará o seu relacionamento com o CHC.