



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 necessário 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 ajudá-lo. Os horários para assistência estão disponíveis no fim desta página.\
2. Complete e retorne os seguintes formulários, isto pode ser feito: pessoalmente, via fax ou correio.
 - a. Registro do Paciente
 - b. Questionário sobre seu histórico de saúde.
 - c. Questionário sobre necessidades sociais.
 - d. ROI, autorização para requerer seu histórico de saúde do seu médico anterior.
3. Leia online ou solicite em um de nossos escritórios o Guia de informações e Privacidade do Paciente (Patient Information Guide: <https://chcofcapecod.org/welcome-to-chc/> and Notice of Privacy Practices: <https://chcofcapecod.org/about-us/privacy-policy/>)

Em dentro de 5 dias ligaremos para lhe ajudar escolher seu novo médico e marcar sua primeira consulta. Favor ligar para o departamento de Novos Pacientes 508-477-7090 ramal em Português:1 (se você necessitar de orientação).

Sincerely,

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

Karen Gardner
Diretora Executiva

**Assistência Para Preencher o Formulário do Seguro de Saúde:
Ajuda estará disponível de Segunda à Sexta de 9a.m.-4p.m. Ligue com
antecedência para ter certeza que alguém estará disponível para ajudá-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) Civil: <input type="checkbox"/> Parceiro(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(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 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 : _____

Número de Identificação do Seguro#

 Primário Secundário(se aplicável)

Seguro (Marque todos que aplicam): Sem seguro Aplicado

Mass Health (C3) HSN Medicare Harvard Pilgrim

BC/BS Tufts Tricare United Health Veterans

Outro: _____

ACO: _____

Você é membro do Indian Health Services? Sim Não

Informação do assinante(se o assinante do seguro não for o paciente):

Nome _____

Data de Nascimento: _____

Seguro Dentário _____ ID # _____

Seguro Dentário _____ ID # _____

Seguro de Visão _____ ID # _____

Seguro de Visão _____ ID # _____

Assinatura (Paciente ou Pais/Tutores): _____

Date: _____

Date received by CHC: _____

Office/PCP assigned: _____

CHC Staff initials accepting packet/date: _____

Nome Completo (sobrenome, nome, nome do meio):		Data de Nascimento:	Data:
MEDICAMENTOS			
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 alergia a medicatmentos 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 medicatmento: <input type="checkbox"/>			
HISTORICO DE SAUDE RECENTE			
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 pediátricos: 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 assitencia com:			
<input type="checkbox"/> Ler/Escrever	<input type="checkbox"/> Moradia	<input type="checkbox"/> Seguro de Saúde	<input type="checkbox"/> Interprete
PROBLEMAS DE SAÚDE			
<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 Quimica (no passado, ou presente)	<input type="checkbox"/> Distúbios Mentais	

Assinatura: _____

Data: _____

Nome (Name)		Data de nascimento (Date of Birth) MM/DD/AA		Data de hoje (Today's Date) MM/DD/AA	
----------------	--	--	--	--	--

Social Needs Screen

Instruções: Responda todas as perguntas, quer em seu próprio nome ou de algum menor, para que sua equipe de atendimento tenha as informações mais completas para lhe dar assistência.

1. Qual é a sua situação de moradia hoje?

- Não tenho onde morar (morando com terceiros, em um hotel, em um abrigo, vivendo ao relento na rua ou em uma praia, carro ou parque)
- Eu tenho moradia hoje, mas tenho medo de perder minha moradia no futuro
- Eu tenho moradia
- Não sei ao certo

2. Pense sobre o lugar onde você mora. Você tem algum dos seguintes problemas?

- (Marque todas as opções pertinentes)
- Pragas como insetos, formigas ou ratos
 - Mofo
 - Tinta ou tubulações com chumbo
 - Aquecimento inadequado
 - Forno ou fogão não funcionam
 - Detectores de fumaça inexistentes ou sem funcionar
 - Vazamentos de água
 - Nenhuma das anteriores
 - Não sei ao certo

3. Nos últimos 12 meses, você teve medo de sua comida acabar antes de receber dinheiro para comprar mais.

- Aconteceu frequentemente
- Às vezes
- Nunca aconteceu

4. Nos últimos 12 meses, o alimento que comprou não durou e você não tinha dinheiro suficiente para comprar mais.

- Aconteceu frequentemente
- Às vezes
- Nunca aconteceu

5. Nos últimos 12 meses, a falta de transporte impediu você de comparecer a consultas médicas, a reuniões, ao trabalho ou de fazer as coisas necessárias para a vida diária?

(Marque todas as opções pertinentes)

- Sim, isso me impediu de comparecer a consultas médicas ou de obter medicamentos
- Sim, isso me impediu de comparecer a outros compromissos (sem ser com o médico), encontros marcados, trabalho ou de fazer as coisas necessárias
- Não
- Não sei ao certo

6. Nos últimos 12 meses, alguma concessionária de energia elétrica, gás, óleo ou água ameaçou desligar os serviços na sua casa?

- Sim
- Não
- Já desligou
- Não sei ao certo

7. Pense no lugar onde você mora. Você tem acesso à internet/wi-fi quando precisa?

- Sim
- Não Se não, por que não? (Marque todas as opções aplicáveis)
 - Não posso pagar
 - O acesso à internet/wi-fi não está disponível onde moro
 - Meu acesso à internet/wi-fi não é consistente ou confiável
 - Eu não quero ou não preciso
- Não tenho certeza

8. Gostaria de ajuda com alguma das necessidades que identificou?

- Sim
- Não



SOLICITAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

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

Sobrenome do(a) paciente:	Nome do(a) paciente:	Inicial do meio:	Data de nascimento:
---------------------------	----------------------	------------------	---------------------

Endereço postal do(a) paciente:	Telefone do(a) paciente:
---------------------------------	--------------------------

Eu autorizo o CHC a (assinale uma das opções a seguir ou as duas para o compartilhamento bidirecional das informações):

Enviar meu prontuário médico do CHC à seguinte pessoa/estabelecimento Solicitar meu prontuário médico ao seguinte profissional/estabelecimento

Nome/estabelecimento:	Telefone:	Fax:
-----------------------	-----------	------

Rua:	Cidade:	Estado:	Código postal
------	---------	---------	---------------

O prontuário médico inclui informações relativas à minha identidade, prognóstico, diagnóstico ou tratamento

Informações a serem divulgadas:

Todo o meu prontuário Outras: _____

DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS – Rubrique com suas iniciais para garantir que o prontuário completo seja divulgado

Segundo a lei do estado de Massachusetts, não podemos divulgar certas informações a não ser que você nos dê permissão especial para divulgá-las.

Ao rubricar cada item, eu concordo com a sua divulgação:

- Informações sobre HIV/AIDS (AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OBRIGATÓRIA PARA CADA SOLICITAÇÃO DE DIVULGAÇÃO COM DATAS ESPECÍFICAS)
- Detalhes do aconselhamento às vítimas de violência doméstica
- Detalhes do aconselhamento sobre assédio sexual
- Detalhes do diagnóstico de saúde mental e/ou tratamento fornecido por um profissional de saúde mental (compreendo que a minha permissão pode não ser obrigatória para a divulgação das minhas informações de saúde mental para fins de pagamento)
- Informações de uso de álcool e drogas protegidas pelas Regras Federais de Confidencialidade 42 CFR Parte 2 (AS REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO DESSAS INFORMAÇÕES EXCETO SE EXPRESSAMENTE PERMITIDA POR MEIO DE CONSENTIMENTO ESCRITO DA PESSOA A QUEM ELAS PERTENCEM OU CONFORME PERMITIDO EM CFR PARTE 2). Tal consentimento pode ser revogado mediante solicitação por escrito

Esta autorização é válida para divulgação de Informações de saúde protegidas, por 180 dias a partir da data abaixo OU (indique):

para divulgação única após o término dos serviços até que seja revogada outra opção _____

Entendo que, por lei, não preciso consentir com a divulgação/solicitação dessas informações para receber tratamento ou pagamento por tratamento ou para me qualificar para inscrição em benefícios. No entanto, escolho fazer isso voluntariamente e por livre vontade para os fins especificados abaixo. Minha assinatura confirma o meu recebimento e entendimento do Aviso de Práticas de Privacidade do CHC. Entendo que tenho o direito de solicitar uma cópia do meu prontuário conforme descrito em CFR 164.524. Entendo que tenho o direito de receber uma cópia deste formulário após tê-lo assinado. Entendo que qualquer divulgação de informações tem o potencial de causar uma nova divulgação não autorizada pelo destinatário e as informações podem não estar protegidas pelas regras de confidencialidade. Se tiver dúvidas sobre a divulgação das minhas informações de saúde, posso entrar em contato com o Gestor de informações de saúde.

Entendo que posso revogar esta autorização por escrito. Após revogá-la, as informações não serão divulgadas, exceto quando já tivermos realizado alguma ação em resposta a esta autorização.

Também isento o Community Health Center of Cape Cod de todas as responsabilidades e obrigações legais que possam surgir da divulgação das informações

Assinatura do(a) paciente/representante pessoal: _____ Data: _____

Se assinado por alguém que não seja o paciente, escreva o nome em letra de forma e selecione o parentesco e/ou motivo e autoridade legal para a assinatura

Nome: _____

O(A) paciente é/está: menor de idade incapacitado(a) falecido(a) Pai/mãe/responsável legal Autoridade legal (comprovante anexado)

Assinatura da testemunha: _____ Data: _____



SOLICITAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

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

Sobrenome do(a) paciente:	Nome do(a) paciente:	Inicial do meio:	Data de nascimento:
---------------------------	----------------------	------------------	---------------------

Endereço postal do(a) paciente:	Telefone do(a) paciente:
---------------------------------	--------------------------

Eu autorizo o CHC a (assinale uma das opções a seguir ou as duas para o compartilhamento bidirecional das informações):

Enviar meu prontuário médico do CHC à seguinte pessoa/estabelecimento Solicitar meu prontuário médico ao seguinte profissional/estabelecimento

Nome/estabelecimento:	Telefone:	Fax:
-----------------------	-----------	------

Rua:	Cidade:	Estado:	Código postal
------	---------	---------	---------------

O prontuário médico inclui informações relativas à minha identidade, prognóstico, diagnóstico ou tratamento

Informações a serem divulgadas:

Todo o meu prontuário Outras: _____

DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS – Rubriche com suas iniciais para garantir que o prontuário completo seja divulgado

Segundo a lei do estado de Massachusetts, não podemos divulgar certas informações a não ser que você nos dê permissão especial para divulgá-las.

Ao rubricar cada item, eu concordo com a sua divulgação:

- Informações sobre HIV/AIDS (AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OBRIGATÓRIA PARA CADA SOLICITAÇÃO DE DIVULGAÇÃO COM DATAS ESPECÍFICAS)
- Detalhes do aconselhamento às vítimas de violência doméstica
- Detalhes do aconselhamento sobre assédio sexual
- Detalhes do diagnóstico de saúde mental e/ou tratamento fornecido por um profissional de saúde mental (compreendo que a minha permissão pode não ser obrigatória para a divulgação das minhas informações de saúde mental para fins de pagamento)
- Informações de uso de álcool e drogas protegidas pelas Regras Federais de Confidencialidade 42 CFR Parte 2 (AS REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO DESSAS INFORMAÇÕES EXCETO SE EXPRESSAMENTE PERMITIDA POR MEIO DE CONSENTIMENTO ESCRITO DA PESSOA A QUEM ELAS PERTENCEM OU CONFORME PERMITIDO EM CFR PARTE 2). Tal consentimento pode ser revogado mediante solicitação por escrito

Esta autorização é válida para divulgação de Informações de saúde protegidas, por 180 dias a partir da data abaixo OU (indique):

para divulgação única após o término dos serviços até que seja revogada outra opção _____

Entendo que, por lei, não preciso consentir com a divulgação/solicitação dessas informações para receber tratamento ou pagamento por tratamento ou para me qualificar para inscrição em benefícios. No entanto, escolho fazer isso voluntariamente e por livre vontade para os fins especificados abaixo. Minha assinatura confirma o meu recebimento e entendimento do Aviso de Práticas de Privacidade do CHC. Entendo que tenho o direito de solicitar uma cópia do meu prontuário conforme descrito em CFR 164.524. Entendo que tenho o direito de receber uma cópia deste formulário após tê-lo assinado. Entendo que qualquer divulgação de informações tem o potencial de causar uma nova divulgação não autorizada pelo destinatário e as informações podem não estar protegidas pelas regras de confidencialidade. Se tiver dúvidas sobre a divulgação das minhas informações de saúde, posso entrar em contato com o Gestor de informações de saúde.

Entendo que posso revogar esta autorização por escrito. Após revogá-la, as informações não serão divulgadas, exceto quando já tivermos realizado alguma ação em resposta a esta autorização.

Também isento o Community Health Center of Cape Cod de todas as responsabilidades e obrigações legais que possam surgir da divulgação das informações

Assinatura do(a) paciente/representante pessoal: _____ Data: _____

Se assinado por alguém que não seja o paciente, escreva o nome em letra de forma e selecione o parentesco e/ou motivo e autoridade legal para a assinatura

Nome: _____

O(A) paciente é/está: menor de idade incapacitado(a) falecido(a) Pai/mãe/responsável legal Autoridade legal (comprovante anexado)

Assinatura da testemunha: _____ Data: _____

Caro Paciente(Pais ou Responsáveis), Se houver um indivíduo(membro da família, amigo, etc) que você gostaria de conceder permissão ao CHC para discutir seus cuidados, compartilhar informações médicas com, e em caso de pacientes menores de idade, acompanhar sua criança às consultas, por favor, preencha e assine este formulário de Authorization to Release Protected Health Information com as informações dele(a). Obrigado!



SOLICITAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

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

Sobrenome do(a) paciente:	Nome do(a) paciente:	Inicial do meio:	Data de nascimento:
---------------------------	----------------------	------------------	---------------------

Endereço postal do(a) paciente:	Telefone do(a) paciente:
---------------------------------	--------------------------

Eu autorizo o CHC a compartilhar meus prontuários médicos com:

Nome/estabelecimento:	Telefone:	Fax:
-----------------------	-----------	------

Rua:	Cidade:	Estado:	Código postal
------	---------	---------	---------------

O prontuário médico inclui informações relativas à minha identidade, prognóstico, diagnóstico ou tratamento

Informações a serem divulgadas:

- Todo o meu prontuário Outras: _____

DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS – Rubrique com suas iniciais para garantir que o prontuário completo seja divulgado

Segundo a lei do estado de Massachusetts, não podemos divulgar certas informações a não ser que você nos dê permissão especial para divulgá-las.

Ao rubricar cada item, eu concordo com a sua divulgação:

- Informações sobre HIV/AIDS (AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OBRIGATÓRIA PARA CADA SOLICITAÇÃO DE DIVULGAÇÃO COM DATAS ESPECÍFICAS)
 Detalhes do aconselhamento às vítimas de violência doméstica
 Detalhes do aconselhamento sobre assédio sexual
 Detalhes do diagnóstico de saúde mental e/ou tratamento fornecido por um profissional de saúde mental (compreendo que a minha permissão pode não ser obrigatória para a divulgação das minhas informações de saúde mental para fins de pagamento)
 Informações de uso de álcool e drogas protegidas pelas Regras Federais de Confidencialidade 42 CFR Parte 2 (AS REGRAS FEDERAIS PROÍBEM QUALQUER DIVULGAÇÃO DESSAS INFORMAÇÕES EXCETO SE EXPRESSAMENTE PERMITIDA POR MEIO DE CONSENTIMENTO ESCRITO DA PESSOA A QUEM ELAS PERTENCEM OU CONFORME PERMITIDO EM CFR PARTE 2). Tal consentimento pode ser revogado mediante solicitação por escrito

Esta autorização é válida para divulgação de informações de saúde protegidas, por 180 dias a partir da data abaixo OU (indique):

- para divulgação única após o término dos serviços até que seja revogada outra opção _____

Entendo que, por lei, não preciso consentir com a divulgação/solicitação dessas informações para receber tratamento ou pagamento por tratamento ou para me qualificar para inscrição em benefícios. No entanto, escolho fazer isso voluntariamente e por livre vontade para os fins especificados abaixo. Minha assinatura confirma o meu recebimento e entendimento do Aviso de Práticas de Privacidade do CHC. Entendo que tenho o direito de solicitar uma cópia do meu prontuário conforme descrito em CFR 164.524. Entendo que tenho o direito de receber uma cópia deste formulário após tê-lo assinado. Entendo que qualquer divulgação de informações tem o potencial de causar uma nova divulgação não autorizada pelo destinatário e as informações podem não estar protegidas pelas regras de confidencialidade. Se tiver dúvidas sobre a divulgação das minhas informações de saúde, posso entrar em contato com o Gestor de informações de saúde.

Entendo que posso revogar esta autorização por escrito. Após revogá-la, as informações não serão divulgadas, exceto quando já tivermos realizado alguma ação em resposta a esta autorização. Também isento o Community Health Center of Cape Cod de todas as responsabilidades e obrigações legais que possam surgir da divulgação das informações

Assinatura do(a) paciente/representante pessoal: _____ Data: _____

Se assinado por alguém que não seja o paciente, escreva o nome em letra de forma e selecione o parentesco e/ou motivo e autoridade legal para a assinatura

Nome: _____

O(A) paciente é/está: menor de idade incapacitado(a) falecido(a) Pai/mãe/responsável legal Autoridade legal (comprovante anexado)

Assinatura da testemunha: _____ Data: _____