

Instruções relativas à Autorização para a Utilização e Divulgação de Informações de Saúde Protegidas (PHI)

1. Preencha todas as secções do formulário. Não serão aceites formulários incompletos.
2. Indique o fornecedor/entidade(s) a quem está a solicitar registos e envie conforme indicado no quadro abaixo.
3. Se for necessário incluir informações relativas a tratamentos de dependência de álcool/droga, tratamentos de saúde mental, informações genéticas ou informações confidenciais relacionadas com o VIH, rubrique ao lado de cada tipo apropriado sob o número um.
 - Informações relativas a tratamentos de dependência de álcool ou droga significa qualquer informação relativa a um programa de tratamento de dependência de álcool/droga.
 - Informações relativas a tratamentos de saúde mental significa registos clínicos ou informações clínicas que permitam identificar doentes mentais, que são protegidos pela lei do Estado de Nova Iorque.
 - Informações confidenciais relacionadas com o VIH significa qualquer informação que mostre que realizou um teste, teve uma infeção ou doença relacionada com o VIH (incluindo SIDA), ou que esteve exposto/a ao VIH. Isto inclui os resultados negativos.
 - Informações genéticas significa qualquer teste de laboratório para diagnóstico da presença de uma variação genética associada à predisposição para uma doença ou incapacidade genética, incluindo análises de perfis de ADN.

Antes de o pedido ser satisfeito, será apresentada uma estimativa das taxas, se aplicável.

Local	Morada	Número de telefone
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	NYU Langone Health HIM Department pessoalmente: 550 First Avenue, Lobby, NY, NY 10016 correio: One Park Avenue, 3rd Floor, NY, NY 10016	212-263-5490
NYU Langone Orthopedic Hospital	NYU Langone Orthopedic Hospital HIM Department pessoalmente: 380 2nd Avenue, Suite 640 NY, NY 10003 correio: 301 E 17th St, NY, NY 10003	212-598-6790
NYU Langone Hospital – Long Island	NYU Langone Hospital – Long Island HIM Department pessoalmente: Admitting Office-Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 correio: 200 Old Country Road, Suite 201 Mineola, NY 11501	516-663-2515, opção 4
NYU Langone Hospital – Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6th Floor Mineola, NY 11501	516-633-8250
NYU Langone Hospital – Brooklyn	NYU Langone Hospital – Brooklyn HIM Department 150 55th Street Brooklyn, NY 11220	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group Practices (FGP)	Para o gabinete específico diretamente	Contacte o gabinete específico diretamente
Family Health Centers at NYU Langone	Marilyn Vientos, Director FHC Network Operations FHCPatientRelations@nyulangone.org	Contacte o gabinete específico diretamente
NYU Langone Hospital – Long Island Certified Home Health Agency (CHHA)	NYU Langone Hospital – Long Island - CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501	516-663-8000
Southwest Brooklyn Dental Practice	A/C: Practice Manager 215 54th Street Brooklyn, NY 11220	929-455-2099
Imagens/películas de radiologia	Tisch: 560 1st Ave, 2nd Floor, NY, NY 10006 Orthopedic Hospital: 301 East 17th St, Suite 600/6th Floor, NY, NY 10003 FGP Radiology: NYU Langone Health Radiology Medical Records, 650 First Avenue, 4th Floor, NY, NY 10016 Todos os outros locais: diretamente no local do estudo de imagiologia	Tisch: 212-263-5227 Orthopedic: 212-598-6373 FGP: 212-263-7108 Outros: contacte o gabinete específico diretamente

NYU LANGONE HEALTH**AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (PHI)**

Nome do doente	Data de nascimento do doente	Número de telefone
Morada do doente		

Eu, ou o meu representante autorizado, solicito que as informações de saúde relativas aos meus cuidados e tratamentos sejam divulgadas conforme estabelecido neste formulário. Compreendo que:

1. As informações relativas a **TRATAMENTOS DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL/DROGA, TRATAMENTOS DE SAÚDE MENTAL, TESTES GENÉTICOS e/ou INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS RELACIONADAS COM O VIH** não serão partilhadas sem o meu consentimento específico. Ao rubricar abaixo, autorizo especificamente a divulgação destas informações à(s) pessoa(s) indicada(s) contidas neste formulário.

	Informações relativas a tratamentos de dependência de álcool ou droga (programas de tratamento de dependência de álcool/droga)
	Informações relativas a tratamentos de saúde mental (exceto notas de psicoterapia, que podem requerer uma autorização adicional)
	Informações relativas a testes genéticos
	Informações relativas ao VIH/SIDA (a divulgação destas informações deve incluir as declarações exigidas relativamente à proibição de redivulgação, quando exigidas por lei)

2. À exceção dos tipos de informações especiais acima indicados, as informações que são partilhadas devido a esta autorização podem ser novamente partilhadas pelo destinatário e já não estão protegidas pela lei federal ou estadual. Exceto se permitido pela lei federal ou estadual, se eu der permissão para partilhar informações relacionadas com o VIH, o destinatário não pode partilhar estas informações sem a minha permissão. Posso pedir uma lista de pessoas que podem receber ou utilizar as minhas informações relacionadas com o VIH sem autorização. Se sofrer discriminação devido à divulgação de informações relacionadas com o VIH, posso contactar a Divisão de Direitos Humanos do Estado de Nova Iorque (New York State Division of Human Rights) pelo telefone (212) 480-2493 ou a Comissão de Direitos Humanos da Cidade de Nova Iorque (New York City Commission of Human Rights) pelo telefone (212) 3067450. Estas agências são responsáveis pela proteção dos meus direitos.
3. Posso revogar esta autorização por escrito ao prestador/entidade a quem envie o formulário (para a morada indicada na página de instruções). Esta revogação será efetiva, exceto na medida em que a NYU Langone Health já tenha invocado esta autorização.
4. A assinatura desta autorização é voluntária. A NYU Langone Health não pode condicionar o tratamento, pagamento, inscrição em planos de saúde ou elegibilidade para benefícios à minha assinatura ou recusa em assinar esta autorização, exceto em circunstâncias limitadas.
5. Se eu estiver a solicitar películas radiológicas originais, compreendo que a NYU Langone Health não conserva cópias de películas (analógicas). Isento a NYU Langone Health de toda a responsabilidade pela conservação dos meus registos de imagiologia.

Nome e morada do prestador/entidade ao qual pretende divulgar informações (ver página de instruções):

--

NYU LANGONE HEALTH

Propósito da divulgação de informações:

- A meu pedido Continuidade de cuidados
 Outro (por favor explique, especificando se para um programa ou benefício governamental): _____

Destinatário destas informações:

- O próprio Outro (nome; identificação necessária para levantamento): _____

Formulário/Formato (podem aplicar-se taxas; será fornecida uma estimativa antes da emissão):

- Por correio, em papel, para: _____
 Levantamento, em papel MyChart (disponível para download por 60 dias)
 Fax (número): _____ CD/DVD USB
 Correio eletrónico seguro (disponível para acesso/download por 30 dias): _____
 Outro: _____

Descrição da informação a divulgar:

- Processo clínico completo do prestador/da entidade indicado/a acima
 Registos relacionados com as seguintes datas: _____
 Relatórios de radiologia (indicar tipo de teste e data): _____
 Imagens/películas de radiologia (indicar tipo de teste e data): _____
 Resumo de informações relacionadas com as seguintes datas: _____
 Registos enviados ao prestador/entidade indicado/a acima por prestadores de cuidados de saúde que não fazem parte da NYU Langone Health e conservados pela NYU Langone Health para utilização nos meus cuidados
 Outros (por ex., registos contabilísticos; formulários de consentimento): _____

A autorização é válida por um (1) ano a partir da data de assinatura, exceto indicação abaixo (data ou evento específico)

As minhas questões, se aplicável, foram respondidas. Além disso, foi-me facultada ou oferecida uma cópia deste formulário caso a NYU Langone Health me tenha solicitado o seu preenchimento.

Assinatura: _____ Data: _____ Hora: _____ Da manhã/tarde

(Doente ou pessoa autorizada a assinar)

Se a pessoa que fornece o consentimento não for o doente, indicar o nome por extenso e o tipo de autoridade para assinar. Deverá ser fornecida documentação de apoio no momento do pedido.

Nome/Autoridade: _____

*Vírus da Imunodeficiência Humana que causa a SIDA. A Lei de Saúde Pública do Estado de Nova Iorque (New York State Public Health Law) protege as informações que podem razoavelmente identificar alguém como tendo sintomas ou infeção pelo VIH e as informações relativas aos contactos da pessoa.

Para uso exclusivo do departamento: MRN: _____ Recebido: _____ / _____ / _____ Rubrica: _____