



## Form C - Autorização para Divulgar Informação

Estamos empenhados em manter a privacidade da sua informação.  
Leia atentamente este formulário.

### A que gabinete se deve dirigir para obter ajuda?

<input checked="" type="checkbox"/> Gabinete de Serviços MaineCare	<input type="checkbox"/> Gabinete de Saúde Comportamental
<input checked="" type="checkbox"/> Gabinete para a Independência Familiar e Equipa de Avaliação Médica	<input type="checkbox"/> Gabinete da Criança e dos Serviços Familiares
<input checked="" type="checkbox"/> Centro de Prevenção e Controlo de Doenças do Maine	<input type="checkbox"/> Gabinete de Serviços para Idosos e Portadores de Deficiência
<input type="checkbox"/> Dorothea Dix Psychiatric Center	<input type="checkbox"/> Gabinete de Audiências Administrativas
<input type="checkbox"/> Riverview Psychiatric Center	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Divisão de Licenciamento e Certificação	<input type="checkbox"/> Outro:

### De quem será a informação divulgada? Escreva claramente em letra de imprensa.

Nome	Data de nascimento
Morada Cidade Estado Código Postal	
Telefone	
Endereço de E-mail	

### Pretende ser contactado por e-mail?

A utilização do e-mail envolve riscos. Embora estejam implementadas medidas de segurança, o gabinete que partilha a informação nem sempre consegue controlar esses riscos. É possível que a informação enviada por e-mail possa ser lida por terceiros.

Ao introduzir as iniciais do meu nome, dou permissão para me contactarem por e-mail e aceito os riscos associados à utilização do mesmo. **INTRODUZIR INICIAIS AQUI**

### Com quem podemos falar?

Autorizo os gabinetes listados acima a partilharem entre si informação sobre mim, bem como a partilharem a minha informação com as pessoas listadas abaixo. Podemos discutir esta informação por via electrónica e verbal.

- *Change Health Care*, a empresa que paga os medicamentos; *Medical Care Development*, a empresa que emite o pagamento para apoio financeiro; *Centros da Medicare e Serviços Medicaid*
- A minha farmácia: \_\_\_\_\_
- A minha companhia de seguros: \_\_\_\_\_
- O consultório do meu médico ou prestador de cuidados de saúde : \_\_\_\_\_
- A minha agência de gestão de casos : \_\_\_\_\_
- O meu amigo ou familiar: (Opcional. Preencha a informação abaixo.)

Nome	Telemóvel	E-mail
------	-----------	--------

### Qual é o objectivo da divulgação?

<input type="checkbox"/> Pedido pessoal	<input checked="" type="checkbox"/> Coordenar ou gerir os meus cuidados
<input type="checkbox"/> Para um assunto jurídico, incluindo depoimentos	<input checked="" type="checkbox"/> Para ver se sou elegível para uma cobertura de seguro, serviços ou benefícios
<input type="checkbox"/> Outro:	

**Que informação deve ser divulgada ou obtida?** Selecciona todas as opções válidas.

<p><b><u>Permissão geral:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Toda a informação clínica do(s) consultório(s) assinalado(s) acima</p> <p><input type="checkbox"/> Reclamações ou dados clínicos (informação sobre consultas com os prestadores de cuidados de saúde).</p> <p><input type="checkbox"/> Facturação, pagamento, vencimento, dados bancários, dados fiscais, activos ou dados necessários para ver se é elegível para os benefícios do programa do DHHS</p> <p><input type="checkbox"/> Limite para a(s) seguinte(s) data(s) ou tipo(s) de informação: (por exemplo "Teste laboratorial datado de 2 de Junho de 2019" ou "Reivindicações de 2018-2020")</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>Informação associada à minha saúde, reivindicações e declarações detalhadas. Informação associada aos meus cuidados.</i></p>	<p><b><u>Permissão especial: Tratamento de problemas de drogas/álcool ou encaminhamento para serviços</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Inclua <b>toda a</b> informação sobre drogas/álcool na divulgação</p> <p><input type="checkbox"/> Inclua apenas os registos específicos de drogas/álcool assinalados :</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnóstico e tratamento</p> <p><input type="checkbox"/> Notas clínicas e resumos de alta médica</p> <p><input type="checkbox"/> Historial ou resumo de drogas/álcool</p> <p><input type="checkbox"/> Informação sobre pagamento ou reivindicações</p> <p><input type="checkbox"/> Situação de vida e apoios sociais</p> <p><input type="checkbox"/> Medicação, dosagens ou materiais</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados laboratoriais</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p>
<p><b><u>Permissão especial: Serviços de saúde mental/comportamental</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Inclua esta informação na divulgação</p> <p><input type="checkbox"/> Quero rever o meu registo de saúde mental/comportamental antes da divulgação. Compreendo que a revisão será supervisionada.</p> <p>A legislação do Maine permite-nos partilhar esta informação com outros prestadores de cuidados de saúde e planos de saúde, para coordenar e gerir os seus cuidados (para ajudar a cuidar de si), desde que envidemos os esforços razoáveis para o informar da divulgação.</p>	<p><b><u>Permissão especial: Estado/Resultados do teste de VIH/SIDA</u></b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inclua esta informação na divulgação.</p> <p>Em conformidade com a legislação do Maine, somos obrigados a informá-lo dos possíveis efeitos da divulgação da informação sobre o VIH/SIDA. Por exemplo, poderá receber cuidados mais abrangentes se divulgar esta informação, mas se esta informação for utilizada indevidamente, poderá ser alvo de discriminação. A informação associada ao seu estado de VIH/SIDA, bem como todos os seus dados, serão protegidos de acordo com a lei.</p>

**Compreendo e concordo que:**

- Estou a assinar este formulário de livre vontade. Tenho direito a uma cópia assinada deste formulário, se a solicitar.
- O meu tratamento, o pagamento dos serviços ou os benefícios não dependerão de eu assinar, ou não, este formulário, salvo se eu estiver a solicitar ou a divulgar informação para me candidatar a benefícios.
- A "informação" pode assumir o formato escrito, oral e/ou eletrónico, e inclui informação sobre mim de outros prestadores de cuidados de saúde, (tais como médicos, hospitais e conselheiros) que está incluída nos meus ficheiros. A minha assinatura permite às pessoas/gabinetes nomeados no verso discutir a minha informação para os fins anotados neste formulário.
- A minha informação será mantida confidencial, conforme requerido por lei. Se optar por partilhar a minha informação com outros, que não sejam obrigados por lei a mantê-la confidencial, esta pode deixar de estar protegida pelas leis federais de confidencialidade.
- Se os registos de tratamentos ou programas ligados ao álcool ou às drogas (perturbação do consumo de substâncias) forem incluídos nesta divulgação, será incluído um aviso com os registos, a dizer que a informação não pode ser novamente divulgada ou partilhada sem a minha autorização por escrito.
- Posso revogar (retirar) a minha autorização para a divulgação da minha informação, preenchendo o Formulário de Revogação que se encontra em <http://maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> e enviando-o para o gabinete que partilhou a minha informação. O Formulário de Revogação entra em vigor apenas depois de ser recebido e não se aplica a informação que já foi partilhada.
- Se eu retirar a minha autorização ou recusar divulgar a minha informação, no seu todo ou em parte, a minha escolha pode levar a um diagnóstico ou tratamento inadequado, ou à recusa por parte do seguro.
- Este formulário expira **um ano** após a data abaixo, salvo se eu escrever aqui uma data anterior: \_\_\_\_\_
- Este formulário permite divulgações adicionais, até expirar.

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

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

**Autoridade do representante pessoal para assinar:** \_\_\_\_\_