



Form K - 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? Assinale a opção aplicável.

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gabinete de Serviços MaineCare | <input type="checkbox"/> Gabinete de Saúde Comportamental |
| <input 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 do Indivíduo | Data de nascimento | | |
| Morada | Cidade | Estado | Código Postal |
| Telefone | | | |

Assinale a opção aplicável: Divulgar/Enviar a minha informação para: Conseguir/Obter a minha informação de:

| | | |
|-------------------|-------------------------------|---------------|
| Nome do indivíduo | Empresa | |
| Morada | Cidade/Estado | Código Postal |
| Telefone | Endereço de E-mail (opcional) | |

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 type="checkbox"/> Para ver se sou elegível para uma cobertura de seguro, serviços ou benefícios |
| <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Gerir o pagamento em meu nome | |

Para partilhar a informação com outros por e-mail, introduza as iniciais do seu nome e preencha o seguinte.

Compreendo que o e-mail e a Internet têm riscos que estão fora do controlo do gabinete que partilha a minha informação. É possível que a minha informação enviada por e-mail seja lida por terceiros. ACEITO ESSES RISCOS e pretendo, mesmo assim, receber a minha informação por e-mail. **INTRODUZA AS INICIAIS AQUI _____**

Introduza em letra de imprensa o endereço de e-mail onde quer receber a informação:

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

| | |
|---|---|
| <p><u>Permissão geral:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Toda a informação clínica do(s) gabinete(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 as seguintes 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: Informação de pagamento e facturação _____</p> | <p><u>Permissão especial: Tratamento de problemas de drogas/álcool ou encaminhamento para serviços</u></p> <p><input type="checkbox"/> Inclua toda a 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><u>Permissão especial: Serviços de saúde mental/comportamental</u></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>Tenha em conta que: 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><u>Permissão especial: Estado/Resultados do reste de VIH/SIDA</u></p> <p><input type="checkbox"/> Inclua esta informação na divulgação.</p> <p>Tenha em conta que: 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: _____