



CONSENTIMENTO DO MEMBRO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

Utilize este formulário se desejar permitir que alguém veja ou receba as suas informações de saúde protegidas.

NOTA: Este formulário não permite que alguém faça alterações nas suas informações, solicite serviços ou apresente um recurso ou reclamação. Se desejar que alguém o ajude a solicitar um serviço ou apresentar um recurso/reclamação, deve preencher um formulário de Representante Autorizado do Neighborhood para Recursos ou incluir um documento legal, como uma procuração, tutela ou execução testamentária.

INSTRUÇÕES

- Secção A:** Preencha o nome, endereço, número de telefone e número de identificação Neighborhood do membro.
- Secção B:** Se for o representante pessoal de um membro, adicione o seu nome aqui e anexe o documento adequado (por exemplo, uma procuração assinada).
- Secção C:** Selecione as informações do Neighborhood que deseja partilhar – pode escolher todas as informações ou apenas algumas delas. Se nenhuma das informações «altamente protegidas» estiver marcada, elas não serão partilhadas.
- Secção D:** Insira a pessoa ou o local com quem deseja partilhar informações. Observação: não é necessário preencher um formulário se desejar partilhar informações com o Neighborhood ou um prestador do Neighborhood.
- Secção E:** Escolha se deseja partilhar as suas informações por um período limitado ou durante todo o tempo em que estiver com o Neighborhood. Pode cancelar esta autorização a qualquer momento, escrevendo para o Neighborhood no endereço abaixo (política do Neighborhood n.º 000059).
- Secção F:** O membro ou o seu representante pessoal DEVEM assinar este documento.
- Devolva este formulário para:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Member Services
910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917

Se precisar de ajuda com este formulário, entre em contacto com o Serviço para Membros do Neighborhood pelo número 1-800-963-1001 (TTY 711).

O INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) e o Dual CONNECT (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island são planos de saúde que têm contrato com o Medicare e o Rhode Island Medicaid Program (Programa Medicaid de Rhode Island). A inscrição no plano INTEGRITY for Duals ou Dual CONNECT do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.

CONSENTIMENTO DO MEMBRO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

SECÇÃO A: INFORMAÇÕES DO MEMBRO

Este formulário só pode ser utilizado para um membro. Envie um formulário separado para cada membro.

NOME		NÚMERO DE TELEFONE DIURNO	
ENDEREÇO			
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE MEMBRO

SECÇÃO B: REPRESENTANTE PESSOAL

Se não for o membro, escreva o seu nome abaixo e assinale a caixa que descreve a sua relação com o membro. **Anexe um comprovativo da sua relação com o membro (por exemplo, procuração, tutela, etc.).**

Nome do representante pessoal em
letra de imprensa: _____

- ☐ **Tutor legal:** Anexe a documentação de tutela, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal.
- ☐ **Procuração:** Anexar procuração (deve incluir autorização para divulgação de informações de saúde)
- ☐ **Executor:** Anexe a carta de nomeação de executor, que deve ter o carimbo e a assinatura do tribunal.

SECÇÃO C: INFORMAÇÃO A SER PARTILHADA (assinale uma opção)

- ☐ Todas as informações (incluindo informações pessoais, de saúde, endereço, reclamações, faturação e registos médicos)
- ☐ Apenas informações limitadas (tais como serviços médicos específicos, datas ou detalhes de faturação)
(descreva) _____

Assinale abaixo se também deseja incluir qualquer um dos seguintes elementos, que são altamente protegidos:

- ☐ Registos de consumo de substâncias (incluindo alcoolismo)
- ☐ Registos de tratamento de SIDA ou VIH
- ☐ Serviços de saúde mental (não inclui notas de psicoterapia)

SECÇÃO D: PESSOA OU ORGANIZAÇÃO QUE PODE RECEBER AS SUAS INFORMAÇÕES

NOTA: As informações partilhadas com uma pessoa/organização que não é legalmente obrigada a cumprir as leis de privacidade deixam de estar protegidas.

Imprima o nome e o apelido da pessoa OU o nome mais detalhado possível de uma organização (por exemplo, o nome de um escritório de advogados). Inclua o motivo pelo qual deseja partilhar as suas informações, como «auxiliar nos cuidados».

PESSOA/ORGANIZAÇÃO AUTORIZADA A RECEBER AS SUAS
INFORMAÇÕES

OBJETIVO

SECÇÃO E: EXPIRAÇÃO

Este formulário expirará (assinale apenas uma opção):

- ☐ Na presente data (mês, dia e ano): _____
- ☐ Quando cancelado ou após a minha morte.

SECÇÃO F: ASSINATURA

Autorizo a utilização e a partilha das minhas informações de saúde protegidas, conforme descrito acima, a meu pedido. Compreendo que o tratamento, o pagamento, a inscrição ou a elegibilidade para benefícios não dependem da minha assinatura deste formulário.

ASSINATURA DO MEMBRO/REPRESENTANTE PESSOAL

DATA

- FAÇA UMA CÓPIA DESTE FORMULÁRIO ASSINADO PARA OS SEUS REGISTOS -