

PEDIDO PARA O ACESSO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE DESIGNADA CONFIDENCIAL

Utilize este formulário quando desejar ver os seus próprios registos de informações de saúde mantidos pelo Neighborhood.

INSTRUÇÕES

- Secção A:** Preencha o seu nome, endereço, número de telefone e número de identificação do Neighborhood.
- Secção B:** Se você é um Representante Pessoal de um membro, adicione o seu nome aqui e anexe o documento adequado (por exemplo, uma Procuração assinada).
- Secção C:** Selecione os registos do Neighborhood que você gostaria de receber. Pode optar por ver todos os seus registos ou solicitar registos específicos. Por favor, inclua as datas desses registos.
- Secção D:** Escolha como gostaria de receber estes registos (selecione apenas uma opção). Você pode ter cópias em papel enviadas para si ou arquivos eletrónicos enviados por correio electrónico (*e-mail*). Por favor, lembre-se: depois dos registos lhe serem enviados, eles não são mais protegidos pelas leis de privacidade do Neighborhood. Cabe a si manter estes documentos seguros e confidenciais.
- Secção E:** Você DEVE assinar este documento.
- Por favor, devolva este formulário para:
- Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Compliance Department
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917**

O Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island está em conformidade com as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, origem nacional, idade, deficiência ou sexo.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla Español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-401-459-6019 (TTY 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, gratuitos. Ligue para 1-401-459-6019 (TTY 711).

Se precisar de ajuda com este formulário, por favor, ligue para os Serviços dos Membros do Neighborhood através do número de telefone 1-800-459-6019 (TTY 711).

PEDIDO PARA ACESSO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE DESIGNADA CONFIDENCIAL

SEÇÃO A: INFORMAÇÃO DO MEMBRO

Por favor, preencha:

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

Você tem o direito de ver o registro do Neighborhood das suas informações de saúde protegidas, incluindo elegibilidade, inscrição, pagamento, reclamações, recursos e registros de gestão de processo/gestão médica. Estes registros podem não incluir informações como cópias de notas de psicoterapia, informações que recolhemos para uso legal e alguns outros registros.

SEÇÃO B: REPRESENTANTE PESSOAL

Se você não é um membro, escreva o seu nome em letra de imprensa abaixo e assinale a caixa que descreve o seu relacionamento com o membro. **Por favor, anexe a prova do seu relacionamento com o membro (por exemplo, procuração, tutela, etc.).**

Nome do representante pessoal com
letra de imprensa: _____

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

SEÇÃO C: DATA DOS REGISTOS

Selecione uma:

- Um resumo de todos os registros durante o seguinte tempo:

DESDE _____ **ATÉ** _____
MÊS ANO MÊS ANO

- Registros específicos: _____

SECÇÃO D: TIPO DE REGISTOS (selecione uma)

- Cópias em papel enviadas para: _____
NOME

ENDEREÇO

CIDADE, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

Cópias eletrónicas (selecione uma)

Arquivo PDF enviado
por e-mail:

OU

CD-ROM enviado por correio dos EUA
para o endereço indicado acima

NOME

ENDEREÇO ELETRÓNICO (E-MAIL)

O Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island entrará em contacto consigo se não pudermos fornecer os seus registos no format solicitado. Reservamo-nos o direito de cobrar uma pequena taxa para copiar os seus registos para si.

SECÇÃO E: ASSINATURA

MEMBRO/ASSINATURA DO REPRESENTANTE PESSOAL

DATA