



CONSENTIMENTO DO MEMBRO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (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 registre um recurso ou queixa. Se você deseja que alguém o ajude a solicitar um serviço ou registrar um recurso/queixa, deve preencher um formulário de Representante Autorizado do Neighborhood para Recursos ou incluir um documento legal como uma Procuração, Tutela ou Executor.

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 as informações do Neighborhood para partilhar – você pode escolher todas as informações ou apenas algumas delas. Se nenhum dos assuntos informativos “extremamente protegidos” for verificado, eles não serão partilhados.
- Secção D:** Preencha a pessoa ou o local com o qual deseja partilhar informações. Por favor, lembre-se: você não precisa preencher um formulário se quiser partilhar informações com o Neighborhood ou com um provedor do Neighborhood.
- Secção E:** Por favor, escolha se deseja partilhar as suas informações por um período limitado ou durante todo o tempo que estiver no Neighborhood. Você pode cancelar esta autorização a qualquer momento, escrevendo para o Neighborhood no endereço indicado abaixo.
- Secção F:** Você ou o seu Representante Pessoal 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 1-800-459-6019 (TTY 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, gratuitos. Ligue para 1-800-459-6019 (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).

**CONSENTIMENTO DO MEMBRO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE
PROTEGIDAS (PHI)**

SECÇÃO A: INFORMAÇÃO DO MEMBRO

Este formulário pode ser usado apenas para um membro. Por favor, envie um formulário separado para cada membro.

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

SECÇÃO 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.

SECÇÃO C: INFORMAÇÃO A PARTILHAR (assinale uma)

- Todas as informações (incluindo dados pessoais de saúde, endereço, reclamações, cobrança e registros médicos)
- Apenas informações limitadas (como serviços médicos específicos, datas ou detalhes de cobrança)

(descrever) _____

Por favor, assinale abaixo se você também gostaria de incluir algum dos itens a seguir extremamente protegidos:

- Registos de uso de substâncias (incluindo alcoolismo)
- Registos de tratamentos de AIDS ou HIV
- Serviços de saúde mental (não inclui anotações de psicoterapia)

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

NOTA: As informações compartilhadas com uma pessoa/organização que não é legalmente obrigada a obedecer às leis de privacidade não estarão mais protegidas.

Escreva com letra de imprensa o nome e sobrenome da pessoa OU o nome mais detalhado possível para uma organização (por exemplo, o nome de um escritório de advocacia). Inclua o motivo pelo qual você deseja compartilhar as suas informações como por exemplo “assistência nos cuidados”.

*PESSOA/ORGANIZAÇÃO AUTORIZADA A RECEBER AS SUAS
INFORMAÇÕES*

PROPÓSITO

SECÇÃO E: VALIDADE

Este formulário irá expirar (assinale apenas uma opção)

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

SECÇÃO F: ASSINATURA

Eu permito o uso e a partilha das minhas informações de saúde protegidas, conforme descrito acima, a meu pedido. Eu compreendo que o tratamento, o pagamento, a inscrição ou a elegibilidade para os benefícios não dependem da assinatura deste formulário.

MEMBRO/ASSINATURA DO REPRESENTANTE PESSOAL

DATA

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