



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 -