

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

Utilize este formulário se quiser 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 entre com um recurso ou reclamação. Se quiser que alguém o ajude a solicitar um serviço ou entrar com 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.

INSTRUÇÕES

- Secção A:** Preencha o nome do membro, endereço, número de telefone e número de identificação do Neighborhood.
- Secção B:** Se é um Representante Pessoal de um membro, por favor, adicione o seu nome aqui e anexe o documento apropriado (por exemplo, uma Procuração assinada).
- Secção C:** Selecione as informações do Neighborhood para partilhar – pode escolher todas as informações ou apenas algumas delas. Se nenhum dos assuntos de informação “altamente protegidos” for verificado, eles não serão partilhados.
- Secção D:** Preencha a pessoa ou local com o qual deseja partilhar informações. Por favor, observe: não precisa preencher um formulário se quiser partilhar informações com o Neighborhood ou um provedor do Neighborhood.
- Secção E:** Por favor, escolha se deseja partilhar as suas informações por um período limitado de tempo ou durante todo o tempo em que estiver com o Neighborhood. Pode cancelar esta autorização a qualquer momento, escrevendo para o Neighborhood através do endereço indicado abaixo (política do Neighborhood #000059).
- Secção F:** Você ou o seu Representante Pessoal DEVEM assinar este documento.
- Por favor, 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, por favor, entre em contacto
comos Serviços dos Membros do Neighborhood:**

Planos Medicaid: 1-800-459-6019 (TTY 711)
Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid): 1-844-812-6896 (TTY 711)
Planos Comerciais: 1-855-321-9244 (TTY 711)

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

SECÇÃO A: INFORMAÇÃO DO MEMBRO

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

NOME		CONTACTO TELEFÓNICO DIURNO	
ENDEREÇO			
CIDADE	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	IDENTIFICAÇÃO DO MEMBRO

SECÇÃO B: REPRESENTANTE PESSOAL

Se não é o membro, por favor, escreva o seu nome abaixo e marque a caixa que descreve o seu relacionamento com o membro. **Por favor, anexe a prova da sua relação com o membro (por exemplo, procuração, tutela, etc.).**

Letra de Imprensa do representante
pessoal:

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

SECÇÃO C: INFORMAÇÕES A SEREM PARTILHADAS (assinale uma)

- Todas as informações (incluindo pessoal, saúde, endereço, reclamações, facturamento e registos médicos)
- Apenas informações limitadas (como para serviços médicos específicos, datas ou detalhes de facturamento)

(descreva) _____

Por favor, verifique abaixo se também gostaria de incluir algum dos itens a seguir, que é altamente protegido:

- Registo de uso 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 são legalmente obrigadas a obedecer às leis de privacidade não são 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 deseja partilhar as suas informações, como “auxiliar no cuidado”.

*PESSOA/ORGANIZAÇÃO AUTORIZADA A RECEBER AS SUAS
INFORMAÇÕES*

PROPÓSITO

SECÇÃO E: EXPIRAÇÃO

Este formulário ira 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 partilha das minhas informações médicas protegidas conforme descrito acima, a meu pedido. Eu entendo que o tratamento, pagamento, inscrição ou elegibilidade para benefícios não depende de eu assinar este formulário.

ASSINATURA DO MEMBRO/REPRESENTANTE PESSOAL

DATA

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



O Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island é um plano de saúde com acordo com o Medicare e o Rhode Island Medicaid para fornecer os benefícios de ambos os programas aos inscritos.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis serviços de assistência linguística gratuitamente. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado, domingos e feriados. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា
ដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)
ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍
ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។