



228 Lafayette Street, Newark, NJ 07105
69 Pulaski Street, Newark, NJ 07105
332 South 8th Street, Newark, NJ 07103
491 Clinton Avenue, Newark, NJ 07108
Telephone (973) 789-8111

AUTORIZAÇÃO PARA USO E COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE CONFIDENCIAIS

Nome do Paciente (Sobrenome, Nome): _____ Data de Nascimento (MM/DD/AAAA): _____
Account #: _____ MRN #: _____

Nome do Paciente: _____

Endereço Residencial: _____

Telefone Residencial/Celular: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço de Email: _____

DESTINATÁRIO: Nome da Organização/Indivíduo para o(a) qual o Hospital/Serviço Médico pode divulgar minhas informações de saúde, incluindo endereço, telefone e/ou número de fax do destinatário, conforme aplicável. *(Observação: para retirada por outra pessoa, será necessário que o indivíduo apresente um documento de identificação para verificação.)*

Nome do Destinatário: _____

Endereço do Destinatário: _____

Fax do Destinatário: _____ Telefone do Destinatário: _____

Data(s) do Tratamento a Ser(em) Divulgada(s): _____

Tipo de informação a ser divulgada: (Marque as caixas apropriadas e inclua outras informações onde indicado)

- Dados Demográficos
- Consultas
- Resumo Médico
- Registro de Atendimento de Emergência
- Laudo de Patologia
- Se aplicável: fotos, imagens, vídeos. Deve especificar a data do procedimento: _____

- Histórico Clínico e Exame Físico
- Relatório(s) Cirúrgico(s)
- Sumário de Alta
- Relatório(s) Laboratorial(is)
- Prontuário Completo
- Laudo de Radiologia
- Outro: _____

Finalidade da Divulgação:

- Atendimento Médico
- Seguro
- Pessoal

- Questões Legais
- Incapacidade / Benefício por Incapacidade
- Outro: _____

Opções de Entrega:

- Papel () Para Retirada () Correio para o endereço acima
- Eletrônico (formato a ser acordado entre as partes): _____

Entendo que as informações a serem divulgadas incluem minha identidade, diagnóstico e tratamento, incluindo **ÁLCOOL, DROGAS, TESTES GENÉTICOS, SERVIÇOS DE SAÚDE COMPORTAMENTAL OU MENTAL, DIREITOS REPRODUTIVOS, AIDS, e HIV, DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, TUBERCULOSE** e outras **DOENÇAS INFECCIOSAS**, conforme aplicável.

Esta autorização expirará automaticamente 120 dias a partir da data da minha assinatura, a menos que eu especifique de outra forma que esta autorização será encerrada na seguinte data ou simultaneamente com o seguinte evento ou condição: _____.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal: _____ **Data:** _____