

## Instruções:

Por favor, preencha, assine e devolva este formulário para Registros Médicos:  
MRN (somente para uso em escritório):

Marque aqui  se você está solicitando uma cópia dos seus próprios registros médicos e prefere recebê-los em formato eletrônico (via e-mail seguro).

1. Fax: 508-790-4548
2. E-mail: cchmedicalrecords@capecodhealth.org
3. Envie para: P.O. Box 640, Hyannis, Ma, 02601

Atenção: Escritório de Correspondência de Registros Médicos do CCHC

## Autorização para divulgação de informações de prontuário médico

Nome do paciente \_\_\_\_\_ Data de nascimento do paciente \_\_\_\_\_

Endereço do paciente \_\_\_\_\_

Rua	Cidade	Estado	CEP
Eu autorizo e solicito: <input type="checkbox"/> Hospital de Cape Cod <input type="checkbox"/> Hospital de Falmouth			

Liberar uma cópia de meus prontuários médicos para: \_\_\_\_\_  
Nome do destinatário

Endereço do destinatário

Número de telefone do destinatário

Para o propósito de:  Pessoal  Seguro de saúde  Jurídico  Outro: \_\_\_\_\_

Informação requerida: \_\_\_\_\_

Abrangendo o período de: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_

*Entendo que esta Autorização permanecerá em vigor por doze (12) meses ou até que eu forneça uma notificação por escrito de revogação à Cape Cod Healthcare, exceto na medida em que a ação já tenha começado. Por meio deste, autorizo conscientemente e voluntariamente a Cape Cod Healthcare, Inc. e suas afiliadas ("CCHC") a usar e/ou divulgar minhas informações de saúde para os fins mencionados acima. Entendo que, uma vez que tais informações tenham sido divulgadas ao destinatário pretendido, o CCHC não pode garantir que o destinatário não divulgue novamente minhas informações de saúde a terceiros. O terceiro não pode ser obrigado a cumprir esta Autorização ou a lei federal e estadual aplicável que rege o uso e a divulgação de minhas informações de saúde.*

Paciente ou representante legal( imprima o seu nome): \_\_\_\_\_

**Estou ciente de que o prontuário a ser divulgado de acordo com esta Autorização pode conter o seguinte assunto e estou autorizando a divulgação de tais informações altamente confidenciais:**

- Usuario, dependente e/ou em tratamento de álcool/drogas
- Tratamento para doenças mentais e/ou comunicações de serviços sociais
- Histórico de doenças venéreas ou outras doenças transmissíveis

**- Tratamento ou teste para HIV/AIDS**

**Solicito que as seguintes informações sejam excluídas deste comunicado:**

E-mail do paciente ou do representante legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou representante legal: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Relacionamento com o paciente: \_\_\_\_\_ Número de telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha: \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas, entre em contato com o Departamento de Prontuário Médicos 508-862-5540