



Este formulário é utilizado por um paciente ou representante de um paciente para autorizar a Farmácia da Men's Health Foundation ("Farmácia") a divulgar informações de saúde a um indivíduo ou uma organização que, de outra forma, não teria autorização legal para receber tais informações, conforme determinado pela Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") e por outras leis de privacidade estaduais e federais dos Estados Unidos.

Seção 1: Informações do paciente

Nome do paciente:		Data de nascimento:	
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Código postal:	Telefone:

Seção 2: Informações a serem divulgadas

a. Eu autorizo a divulgação das seguintes informações de saúde: <input type="checkbox"/> Prescrição(ões) específica(s): <input type="checkbox"/> Resumo de despesas médicas (lista de todas as despesas com prescrições) <input type="checkbox"/> Conjunto de registros designado (registros médicos completos mantidos pela Farmácia)
b. Referentes às seguintes datas de serviço: <input type="checkbox"/> Todas as datas de serviço: <input type="checkbox"/> De _____ a _____

Seção 3: Destinatário e finalidade

Nome do destinatário:		Telefone:
Nome da organização:		
Endereço:		
Cidade, Estado, Código postal:		
A finalidade desta autorização é:	<input type="checkbox"/> Por solicitação do paciente/representante do paciente <input type="checkbox"/> Outra (informar o motivo):	

Seção 4: Consentimento específico

a. Eu compreendo que meu perfil do paciente pode incluir informações relacionadas ao tratamento de transtornos de saúde mental, abuso de álcool ou outras substâncias, HIV ou AIDS, infecções sexualmente transmissíveis ou doenças transmissíveis . Compreendo que poderão ser divulgadas informações, se houver, relativas a qualquer uma das condições listadas acima. Rubrique a declaração que se aplica (é necessário rubricar uma delas): _____ Eu autorizo a divulgação dessas informações específicas _____ Eu não autorizo a divulgação dessas informações específicas
--



Seção 4: Consentimento específico, continuação

Se eu autorizar a divulgação dessas informações específicas, o destinatário ficará proibido de divulgá-las a terceiros sem autorização por escrito fornecida por mim ou por meu representante pessoal, a menos que tenha autorização para fazê-lo de acordo com a legislação estadual ou federal.

Preencha a seção a seguir **APENAS** se você tiver indicado que não autoriza a divulgação de informações de saúde específicas relacionadas ao tratamento de **transtornos de saúde mental, abuso de álcool ou outras substâncias, HIV ou AIDS, infecções sexualmente transmissíveis ou doenças transmissíveis.**

b. Para que a Farmácia exclua informações relacionadas ao tratamento de **transtornos de saúde mental, abuso de álcool ou outras substâncias, HIV ou AIDS, infecções sexualmente transmissíveis ou doenças transmissíveis**, é necessário que eu liste medicamentos e/ou números de prescrição específicos que não podem ser divulgados.

Nome do medicamento/nº da prescrição	Intervalo de datas

Nome do medicamento/nº da prescrição	Intervalo de datas

Seção 5: Data de validade da autorização

Esta autorização permanecerá em vigor nas seguintes condições:
(assinale uma opção)

- Até a seguinte data:
- Até que a seguinte data transcorra:
- Um ano a partir da data de minha assinatura abaixo.

Seção 6: Assinatura

- a. Eu entendo que assinar esta autorização é algo voluntário. A obtenção de serviços da Farmácia não será afetada pela minha autorização de divulgação.
- b. Entendo que, se autorizar a divulgação de minhas informações de saúde para um destinatário que não tem obrigação legal de manter a confidencialidade delas, as informações poderão ser divulgadas a terceiros e poderão deixar de ser protegidas pela legislação de privacidade estadual ou federal dos Estados Unidos.
- c. Eu tenho o direito de revogar esta autorização, por escrito, a qualquer momento.



**MEN'S HEALTH
FOUNDATION
PHARMACY**

Autorização para divulgar informações de saúde

Assinatura do paciente ou do representante pessoal

Data de hoje

Se você assinou este formulário na função de representante legalmente autorizado do paciente, escreva seu nome e sua relação com o paciente em letra de forma abaixo.

Nome do representante pessoal

**Relação com o paciente
(pai, mãe, responsável legal etc.)**