

Registros médicos recentes estão disponíveis via MyChart para download imediato sem preencher este formulário.

 1. **Nome do paciente** (sobrenome, nome): _____

Data de nascimento ou número do prontuário (U#): _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

 2. **Instituição para liberação de registros:**

 Fred Hutch **OU** Provedor/Clínica/Outro: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Fax: _____

 3. **Destinatário dos registros:**

 Nome do paciente **OU** do destinatário: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Fax: _____ E-mail: _____

 4. **Formato dos registros:**
 Fax MyChart Correio/papel CD/DVD E-mail USB

 5. **Objetivo:**
 Continuidade dos cuidados Uso pessoal Seguro/benefícios Jurídico Outro (especifique) _____

 6. **Tipo de registros (marque todas as opções aplicáveis):**
 Notas clínicas Laboratório/patologia Relatórios de radiologia CD de radiologia Faturamento médico
 Faturamento de farmácia Outro (especifique) _____

 7. **Datas dos serviços: Últimos 2 anos (padrão se a data não estiver listada)**

 a. Intervalo de datas (dd/mm/aaaa): _____ / _____ / _____ até _____ / _____ / _____ **OU** Todas

 8. **Data de validade:**

Esta autorização expira um (1) ano a partir da data assinada, a menos que outra data ou evento seja indicado aqui: _____

Exceção: Se as informações do paciente forem divulgadas a um empregador ou instituição financeira, esta autorização será válida somente por 90 dias a partir da data de assinatura.

 Autorizo especificamente o **Fred Hutch** a liberar as informações de saúde verificadas abaixo:

 Informações genéticas **Infecções sexualmente transmissíveis** **HIV/AIDS** **Saúde mental**
 Transtorno ou tratamento do uso de substâncias

Assinatura do paciente ou representante pessoal

Nome em letra de forma

Data

Relação do representante pessoal com o paciente

*Anexe a documentação legal se você for o responsável legal, procurador ou inventariante

Menores: É necessária a assinatura de um paciente menor de idade para a liberação das seguintes informações: (1) condições relativas aos cuidados reprodutivos do menor de idade; (2) doenças sexualmente transmissíveis (se tiver 14 anos ou mais); (3) abuso de álcool e/ou drogas e condições de saúde mental (se tiver 13 anos ou mais).

*** Para EHI Export, entre em contato com Health Information Management (HIM) (Gestão de Informações de Saúde), tel: 206-606-1114

EQUIPE

NOME

COLOCAR MARCADOR EPIC AQUI

[H]

Nº DO PACIENTE

[M]

DATA DE NASCIMENTO

 O Fred Hutchinson Cancer Center
 é uma organização independente
 que atua como programa de
 câncer da UW Medicine.

UW Medicine



SHIM007

Original - Patient

Copy - Chart

HIM007_PORTUGUESE (02/25)

Autorização de uso, divulgação e liberação de informações de saúde protegidas do paciente

Por que preciso deste formulário?

Conforme exigido por lei, o Fred Hutchinson Cancer Center (Fred Hutch) está em conformidade com a Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguros de Saúde de 1996 (HIPAA). Isso inclui proteger a confidencialidade das suas informações. Em determinadas situações, precisamos de sua permissão por escrito para fornecer seus registros médicos a uma instituição/pessoa externa, obter seus registros médicos de uma instituição/pessoa externa ou conversar com seus familiares, amigos ou outras pessoas sobre seus cuidados. Se você deseja dar permissão ao Fred Hutch para fazer qualquer uma dessas coisas, preencha o formulário de Uso, divulgação e liberação. Você, como paciente, não será cobrado por isso.

Se minhas informações de saúde forem enviadas por e-mail, como elas serão protegidas?

O Fred Hutch usa um serviço de criptografia de e-mail para garantir a confidencialidade das informações de saúde protegidas que enviamos. O Fred Hutch também usa o serviço para cumprir os regulamentos federais da HIPAA. Para obter mais informações sobre a política de privacidade do Fred Hutch, visite nosso site em www.fredhutch.org/privacy-policy.

O que são informações de saúde protegidas (ISP)?

Informações de saúde protegidas (ISP) são quaisquer informações no registro médico ou conjunto de registros designado que podem ser usadas para identificar um indivíduo e que foram criadas, usadas ou divulgadas no curso da prestação de um serviço de saúde, como diagnóstico ou tratamento.

Possibilidade de que minhas informações de saúde sejam fornecidas a outra pessoa:

Quando o Fred Hutch fornece suas informações de saúde a outra pessoa ou instituição, a lei nem sempre exige que o destinatário mantenha a confidencialidade de suas informações de saúde.

E se eu mudar de ideia?

Você pode revogar esta autorização enviando um formulário para: Fred Hutch Health Information Management, 825 Eastlake Ave East, M/S K1-104, PO Box 19023, Seattle, WA 98109, a qualquer momento. Para solicitar o formulário, envie um e-mail para release@fredhutch.org. A revogação da permissão não se aplicará se o Fred Hutch já tiver discutido, dado ou recebido informações com base na liberação original dos registros, ou se o Fred Hutch necessitar das informações para fins de cobrança do tratamento fornecido a você. Você tem os seguintes direitos:

- Inspecionar ou receber uma cópia das suas informações de saúde protegidas
- Receber uma cópia da sua liberação de registros assinada
- Recusar-se a assinar a liberação de registros

Em caso de dúvidas sobre este processo, ligue para a Fred Hutch Health Information Management 206-606-1114 ou envie um e-mail para release@fredhutch.org.

A recusa em assinar esta autorização não afetará negativamente sua capacidade de receber serviços de saúde ou reembolso por serviços. A única circunstância em que a recusa em assinar significará que você não receberá serviços de saúde é se os serviços de saúde tiverem apenas o objetivo de fornecer informações de saúde a outra pessoa e a autorização for necessária para fazer essa divulgação. A recusa em assinar também não afetará negativamente sua inscrição em um plano de saúde ou elegibilidade para benefícios de saúde, a menos que as informações autorizadas sejam necessárias para determinar se você é elegível para se inscrever no plano de saúde. Exceções: 1). A autorização deve ser assinada se você estiver participando de um tratamento relacionado a pesquisas, como um ensaio clínico; e 2). O Fred Hutch estiver dando suas ISP a um terceiro autorizado.

Para onde devo enviar meu formulário preenchido?

Envie seu formulário de autorização preenchido para a clínica do Fred Hutch que fornece seus cuidados, usando as informações de contato abaixo.

Fred Hutch South Lake Union	Fred Hutch na UWMC - Northwest	Fred Hutch no Evergreen Hospital	Fred Hutch no Overlake Medical Center
Health Information Management PO Box 19023 MS: K1-104 Seattle, WA 98109 Tel: (206) 606-1114 Fax: (206) 606-1035 release@fredhutch.org	Health Information Management 1560 N 115th St. Suite G16 Seattle, WA 98133 Tel: (206) 606-2794 Fax: (206) 606-6855 nwhhimfax@fredhutch.org	Health Information Management 12040 NE 128th St. MS: 98, Suite 1600 Kirkland, WA 98024 Tel: (425) 441-2644 Fax: (206) 606-8291 evgrelease@fredhutch.org	Health Information Management 1135 116th ave NE Suite 250 Bellevue, WA 98004 Tel: (206) 606-5363 Fax: (206) 606-4360 belrelease@fredhutch.org
Fred Hutch Issaquah	Fred Hutch Peninsula	Fred Hutch Proton Therapy Center	
Health Information Management 1740 NW Maple St., Suite 211 Issaquah, WA 98027 Tel: (206) 606-7907 Fax: (206) 606-4030 isqrelease@fredhutch.org	Health Information Management 19917 Seventh Ave., Suite 100 Poulsbo, WA 98370 Tel: (360) 697-8000 Fax: (206) 606-5122 penrelease@fredhutch.org	Health Information Management 1570 N 115th St. Seattle, WA 98133 Tel: (206) 306-2800 Opção 1 Fax: (206) 606-4338 him.proton@fredhutch.org	

Você pode enviar o formulário por e-mail, fax, correio normal ou pessoalmente na clínica que presta os seus cuidados. Sinta-se à vontade para ligar para os números de telefone listados em caso de dúvidas.

EQUIPE

NOME

COLOCAR MARCADOR EPIC AQUI

[H]

[M]

Nº DO PACIENTE

DATA DE NASCIMENTO

O Fred Hutchinson Cancer Center é uma organização independente que atua como programa de câncer da UW Medicine.

UW Medicine



SHIM007

Original - Patient

Copy - Chart

HIM007_PORTUGUESE (02/25)