

Formulário de Consentimento Informado para Compartilhamento de Informações Protegidas sobre Saúde e Uso de Substâncias

NJ Children's System of Care

Contracted System Administrator — PerformCare®

[Favor imprimir.]

Ao assinar este formulário de consentimento, você autoriza que os seus registros de saúde listados neste formulário sejam compartilhados, por meio de uma rede computacional segura operada pela PerformCare, a Entidade Gestora (CSA) do Sistema de Atenção à Infância de New Jersey (CSOC), com os prestadores de serviços de saúde por você indicados que façam parte da rede do CSOC. A finalidade do compartilhamento de suas informações de saúde é proporcionar a você um tratamento melhor e mais coordenado.

Todos os prestadores de serviços relacionados ao uso de drogas, álcool, saúde mental e saúde física, bem como outras entidades participantes do CSOC, poderão compartilhar (divulgar e receber) seus registros com os prestadores de serviços de saúde por você indicados. Isso incluirá todos os locais que lhe tenham prestado serviços, como programas de tratamento para uso de drogas e álcool, programas de saúde mental, psicólogos, clínicas, hospitais, laboratórios clínicos, farmácias, médicos, seguradoras de saúde, Medicare, Medicaid, entre outros. A lista de prestadores de serviços de saúde e entidades está disponível no site da PerformCare, em **www.performcarenj.org**.

Ao assinar este formulário de consentimento, você será solicitado(a) a tomar uma série de decisões.

1. Informações recebidas pela PerformCare

Você deverá identificar os prestadores de serviços de saúde e entidades aos quais você autoriza a divulgação de suas Informações de Saúde Protegidas (PHI), por meio do Sistema de Informações Gerenciais da PerformCare (MIS) e de sua rede computacional.

Eu, _____, autorizo
(nome do beneficiário jovem – em letra de forma) (data de nascimento)

[Rubrique a categoria aplicável.]

OU	Todos os programas de tratamento relacionados ao uso de drogas, álcool e saúde mental nos quais fui avaliado(a) e/ou tratado(a), bem como outros prestadores de serviços de saúde e entidades que façam parte da rede do CSOC, a divulgar/disponibilizar os meus registros de saúde ao Sistema de Informações Gerenciais da PerformCare (MIS) e à sua rede computacional, para que a PerformCare possa autorizar serviços e para que os prestadores de serviços de saúde e a(s) Organização(ões) de Gerenciamento de Cuidados identificada(s) por mim na página seguinte possam acessar e utilizar esses registros a fim de me prestar tratamento.
	Somente os seguintes programas relacionados ao uso de drogas, álcool e saúde mental, nos quais fui avaliado(a) e/ou tratado(a), a divulgar/disponibilizar os meus registros ao Sistema de Informações Gerenciais da PerformCare (MIS) e à sua rede computacional, para que a PerformCare possa autorizar serviços e para que os prestadores de serviços de saúde e a(s) Organização(ões) de Gerenciamento de Cuidados por mim identificada(s) na página seguinte possam acessar e utilizar esses registros a fim de me prestar tratamento.
	1. Nome da unidade ou organização de tratamento:
	2. Nome da unidade ou organização de tratamento:
	3. Nome da unidade ou organização de tratamento:

A divulgar/disponibilizar meu prontuário eletrônico à PerformCare, em nome do Sistema de Atenção à Infância de New Jersey, por meio de uma rede computacional segura.

Formulário de Consentimento Informado para Compartilhamento de Informações Protegidas sobre Saúde e Uso de Substâncias

Ao rubricar abaixo, declaro estar ciente de que:

As seguintes informações poderão ser divulgadas à PerformCare e recebidas por ela:

- Meu nome e outras informações pessoais de identificação

Minha condição de paciente em tratamento para uso de álcool e/ou drogas

Avaliações iniciais e subsequentes das minhas necessidades de serviços
- Resumos dos resultados e do histórico de avaliações relacionadas ao uso de álcool/drogas e à saúde mental
-

Resumo do(s) plano(s) de tratamento para uso de álcool/drogas e saúde mental, bem como do respectivo andamento/progresso

Frequência e participação no tratamento para uso de álcool/drogas e em serviços de saúde mental

Plano(s) de alta de tratamento para uso de álcool/drogas e de serviços de saúde mental

Data de alta do tratamento para uso de álcool/drogas e de serviços de saúde mental, bem como a condição de alta

Registros de planos de educação individualizada (PEI)/escolares

Diagnóstico e tratamento de saúde física

Avaliação Biopsicossocial (BPS).

Outros (especifique):

2. Divulgação de informações pela PerformCare

Autorizo ainda a PerformCare a divulgar as informações acima identificadas aos seguintes prestadores de serviços de saúde afiliados ao CSOC, para que possam acessar e utilizar esses registros com a finalidade de me prestar tratamento.

Organização de Gerenciamento de Cuidados (CMO)

(Indicar condado e nome da agência)

Prestadores de Desintoxicação com Gestão Médica e de Internação Residencial de Curta Duração (Marque todas as opções aplicáveis.)	Prestadores de Serviços Ambulatoriais e Ambulatoriais Intensivos (Marque todas as opções aplicáveis.)
New Hope Integrated Behavioral Health Care	Acenda, Inc. Catholic Charities, Diocese of Metuchen Center for Family Services CPC Integrated Health High Focus Centers Iron Recovery and Wellness Maryville, Inc. Oaks Integrated Care/COPE Center

(Rubrica)

Declaro estar ciente de que as informações disponibilizadas aos prestadores de serviços de saúde acima identificados incluem todas as minhas informações de saúde que constam no Sistema de Informações Gerenciais (MIS) da PerformCare e em sua rede computacional, incluindo meus registros de tratamento para uso de drogas ou álcool, informações sobre diagnóstico e tratamento em saúde mental, informações sobre meu diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS, bem como quaisquer informações relativas a outras condições para as quais eu possa ter recebido tratamento.

Formulário de Consentimento Informado para Compartilhamento de Informações Protegidas sobre Saúde e Uso de Substâncias

Declaro estar ciente de que posso revogar este consentimento a qualquer momento, exceto na medida em que já tenham sido tomadas providências com base nele. Também posso alterar minhas escolhas atuais de consentimento a qualquer momento, mediante a assinatura de um novo formulário de consentimento.

Esta autorização de consentimento expira automaticamente em _____ (data), ou um ano a contar da data da minha assinatura de autorização. Este formulário de consentimento permanecerá em vigor até que ocorra a data, o evento ou a condição especificados no próprio formulário.

Nova divulgação de informações

Os prestadores de serviços ou organizações abrangidos por este formulário de consentimento não poderão divulgar novamente a terceiros nenhuma informação pessoal de saúde, seja em formato eletrônico ou impresso, a seu respeito, salvo nos casos previstos nas leis e regulamentos estaduais e federais aplicáveis. As normas federais proíbem qualquer divulgação adicional dessas informações, salvo se tal divulgação for expressamente autorizada por meio de consentimento escrito ou nas hipóteses previstas no 42 CFR Parte 2.

Declaro estar ciente de que não me serão negados serviços caso eu me recuse a assinar este formulário.

Tenho o direito de receber uma cópia deste formulário no momento de sua assinatura.

Assinatura do beneficiário jovem:

Data:

Assinatura da testemunha (caso o beneficiário jovem esteja fisicamente impossibilitado de assinar):

Data:

Pai/mãe ou responsável legal (de beneficiário jovem menor de 13 anos de idade): Ao assinar abaixo, autorizo o compartilhamento das informações de saúde protegidas (PHI) do beneficiário jovem identificado na página 1. (Para divulgações de informações relativas ao diagnóstico ou tratamento de um beneficiário jovem para determinadas condições de saúde mental ou tratamento de HIV/AIDS.)

Assinatura:

Data:

Nome (em letra de forma):

Relação com o beneficiário jovem:

Poderão ser aplicadas penalidades em caso de acesso ou uso inadequado ou impróprio de suas informações eletrônicas de saúde. Caso acredite que alguém tenha recebido ou acessado suas informações de saúde de forma inadequada, entre em contato com a PerformCare pelo telefone **1-877-652-7624** e peça para falar com um representante do Departamento de Qualidade.