

Autorização para compartilhar informações médicas

PerformCARE®

Este formulário é usado para compartilhar suas informações médicas protegidas (“PHI”) nos casos em que a sua autorização é exigida pelas leis federais e estaduais de privacidade.

Os regulamentos de privacidade da HIPAA exigem a proteção das informações sobre saúde individualmente identificáveis. Os regulamentos definem “informações protegidas sobre saúde” como as informações referentes a:

- Condição ou saúde física ou mental passada, presente ou futura de um indivíduo.
- Provisão de cuidados de saúde a um indivíduo.
- Pagamento passado, presente ou futuro para a provisão de cuidados de saúde a um indivíduo.

A proteção se aplica a informações coletadas do indivíduo ou recebidas ou criadas por um provedor de cuidados de saúde, plano de saúde, centro coordenador de cuidados de saúde ou empregador, sendo mantidas ou transmitidas sob qualquer forma ou meio.

Sua autorização permite que a PerformCare NJ compartilhe suas informações médicas protegidas com a(s) pessoa(s) ou organização(ões) indicadas por você. Você também pode optar por permitir que essa(s) pessoa(s) ou organização(ões) compartilhem suas informações médicas protegidas com a PerformCare NJ. Você pode cancelar esta autorização a qualquer momento, bastando para isso enviar uma solicitação à PerformCare NJ. Para mais orientações, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Beneficiário pelo telefone **1-877-652-7624 (ou 1-866-896-6975 para deficientes auditivos)**.

Parte A. Informações do jovem: (indivíduo cujas PHI serão compartilhadas)

Nome do jovem:		Inicial do nome do meio:	
Sobrenome:	CYBER ID:		
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Código postal:	
Data de nascimento do jovem:	Número de telefone (incluir código de área):		
E-mail:			
E-mail:			

Parte B. Destinatário: (pessoa ou organização que receberá suas PHI)

A seguinte pessoa ou organização está autorizada a receber minhas PHI:

Você também deseja que essa pessoa ou organização compartilhe suas PHI conosco? ☐ Sim ☐ Não

Nome:		Sobrenome:	
Nome da organização (se aplicável):			
Endereço:			
Cidade:	Estado:	Código postal:	
Número de telefone (incluir código de área):		Número de fax (incluir código de área):	
Relação com o jovem indicado na Parte A:		E-mail do destinatário:	

Autorização para compartilhar informações médicas

Parte C. Descrição das PHI a serem compartilhadas:

Informe que tipo de PHI podemos compartilhar. Você pode marcar quantas caixas quiser, mas é necessário selecionar pelo menos uma. Nota: A legislação estadual e federal prevê algumas situações em que podemos compartilhar suas PHI sem a sua autorização.

Prontuários

- ☐ Todas as PHI relacionadas ao meu estado de saúde e aos benefícios e serviços médicos que recebi e pagamentos efetuados por eles, **exceto as relativas à minha saúde mental/comportamental e às condições de saúde descritas nas caixas de seleção abaixo.**
Nota: A legislação federal exige uma autorização separada para o compartilhamento de notas de psicoterapia.
- ☐ Algumas leis permitem que você conceda uma autorização específica para o compartilhamento de PHI relativas a determinadas condições de saúde. Marque as caixas abaixo para indicar se você nos autoriza a compartilhar as PHI relativas às condições de saúde selecionadas. Ao marcar essas caixas, você autoriza o compartilhamento de todos os seus prontuários que contenham PHI sobre essas condições de saúde. Caso deseje autorizar apenas o compartilhamento de um subconjunto dos prontuários sobre uma determinada condição de saúde, como prontuários sobre um único diagnóstico, preencha a seção “Apenas informações limitadas” abaixo.
- | | |
|---|---|
| ☐ Informações genéticas | ☐ Doenças sexualmente transmissíveis |
| ☐ HIV/AIDS | ☐ Aborto e planejamento familiar |
| ☐ Uso de substâncias ou álcool | ☐ Doenças transmissíveis |

Prontuários de saúde mental/comportamental

- ☐ Algumas leis permitem que você conceda uma autorização específica para o compartilhamento de PHI relativas à saúde mental/comportamental. Marque as caixas abaixo para indicar se você nos autoriza a compartilhar PHI relativas à sua saúde mental/comportamental. Ao marcar essas caixas, você autoriza o compartilhamento de todos os seus prontuários que contenham PHI sobre a sua saúde mental/comportamental, incluindo o tratamento recebido em internações.
- ☐ Saúde mental/comportamental (incluindo o tratamento recebido em internações)

- ☐ **Apenas informações limitadas.** No quadro abaixo, descreva as PHI que você deseja que sejam compartilhadas. Exemplos:

- | | |
|---|--|
| • O pedido de reembolso relacionado ao serviço que recebi em [data] | • Informações do recurso relacionado ao meu pedido de reembolso apresentado em [data]. |
|---|--|

Descreva as informações que você deseja que sejam compartilhadas:

Parte D. Finalidade desta autorização:

Esta autorização é válida para o compartilhamento de PHI para as seguintes finalidades. (Marque uma ou ambas as caixas.)

- ☐ Para ajudar a diagnosticar, tratar, administrar e/ou custear minhas necessidades médicas.

OU

- ☐ Pelo seguinte motivo:

Esta autorização não será válida se for usada para qualquer outra finalidade além da(s) indicada(s) acima.

Data:

Autorização para compartilhar informações médicas

Parte E. Data de expiração desta autorização:

Esta autorização expirará automaticamente 1 (um) ano após a data de sua assinatura, a menos que você indique uma data anterior. Caso deseje que esta autorização expire antes, indique a data de expiração abaixo.

☐ Desejo que esta autorização expire em _____.

OU

☐ Após o seguinte evento ou condição: _____.

Parte F. Aprovação: (Para que o formulário seja processado, você OU seu representante pessoal deve assiná-lo e datá-lo.)

Declaro estar ciente de que esta autorização para o compartilhamento das minhas informações médicas protegidas (PHI) é voluntária e não é uma condição necessária para receber benefícios ou reembolsos. Declaro estar ciente de que a PerformCare NJ deve ser notificada do evento/condição para cancelar esta autorização. Esta autorização expira automaticamente um ano após a data de sua assinatura, a menos que você estipule uma data anterior. Declaro estar ciente de que posso cancelar esta autorização a qualquer momento, bastando para isso enviar uma solicitação à PerformCare, e que o cancelamento desta autorização não afetará nenhuma medida adotada em virtude da autorização no período anterior ao meu pedido de cancelamento.

Declaro estar ciente também de que, caso cancele esta autorização, devo notificar separadamente a(s) pessoa(s) ou organização(ões) indicada(s) na Parte B acima se eu quiser que essa(s) pessoa(s) ou organização(ões) deixe(m) de compartilhar minhas informações médicas protegidas. Declaro estar ciente ainda de que, se as pessoas ou organizações autorizadas por mim a receber minhas PHI descritas acima não estiverem sujeitas às leis federais ou estaduais de privacidade de informações médicas, elas poderão compartilhar posteriormente minhas PHI, que poderão não ser mais protegidas por leis federais ou estaduais de privacidade. Por fim, declaro estar ciente de que eu ou meu representante pessoal temos o direito de receber uma cópia deste formulário e revisar minhas PHI que poderão ser compartilhadas devido a esta autorização.

Assinatura do jovem adulto/pai/mãe: Ao assinar abaixo, autorizo o compartilhamento das minhas PHI da maneira descrita acima.

Assinatura do jovem adulto/pai/mãe:

Data:

Informações do representante pessoal: Ao assinar abaixo, autorizo o compartilhamento das PHI sobre o jovem adulto listado acima. (Um representante pessoal é alguém com autoridade legal para tomar decisões médicas em nome do jovem adulto. Uma cópia de uma procuração ou outros documentos médicos legais deve estar arquivada na PerformCare NJ e ser apresentada junto com este formulário.)

Nome do representante pessoal ou responsável legal:

Endereço do representante:

Descrição da autoridade do representante pessoal:

Assinatura do representante pessoal:

Data:

Telefone:

Anexo à autorização para compartilhar informações médicas

Consentimento verbal

Nós, abaixo assinados, certificamos que o jovem adulto identificado na Seção A acima é **fisicamente incapaz** de assinar esta autorização. O consentimento verbal não substitui a necessidade de apresentar a documentação que demonstre que outra pessoa é o representante pessoal do jovem adulto, e não pode substituir essa documentação simplesmente porque é inconveniente para o jovem adulto assiná-la.

Motivo para a incapacidade do jovem adulto assinar:

As assinaturas abaixo indicam o seguinte:

- O jovem adulto recebeu as informações contidas neste formulário.
- O jovem adulto indicou compreender as informações contidas nesta autorização.
- O jovem adulto deu seu consentimento de forma livre e esclarecida.

Método de comunicação com o beneficiário:

- ☐ Telefone
- ☐ Pessoalmente
- ☐ Outro (especifique):

Nome da testemunha
(em letra de forma):

Nome da testemunha
(em letra de forma):

Assinatura da
testemunha:

Assinatura da
testemunha:

Data: / /

Data: / /

Envie o formulário preenchido para:

PerformCare NJ, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691,
ou por fax: **1-877-736-9166 (gratuito)**
ou por e-mail: **shared-pcnjhealthinfo@performcarenj.org**