



ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

AUTORIZAÇÃO PARA OBTER LIBERAÇÃO, OU REVER INFORMAÇÕES MÉDICAS CONFIDENCIAIS (AUTHORIZATION TO OBTAIN, RELEASE, OR REVIEW PROTECTED HEALTH INFORMATION)

I. INFORMAÇÕES DO PACIENTE E DO SOLICITANTE

Nome do Paciente: _____ Data de Nascimento ____ / ____ / ____.
Endereço: _____
Número do Seguro Social (4 últimos dígitos): _____ E-mail: _____.
Nome do Solicitante: _____ Telefone: _____.

II. PESSOA/ESTABELECIMENTO AUTORIZADO A LIBERAR AS INFORMAÇÕES MÉDICAS CONFIDENCIAIS:

Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Fax: _____

III. PESSOA/ESTABELECIMENTO AUTORIZADO A OBTER AS INFORMAÇÕES MÉDICAS CONFIDENCIAIS:

Nome: _____ Telefone: _____
Endereço/E-mail: _____
Número do Fax: _____
Somente para aqueles que utilizam o Portal do Paciente (Proxy): Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
Parentesco com o Paciente: _____

IV. REGISTROS SOLICITADOS E MODO DE ENTREGA

Formato dos Registros: Papel Eletrônico (E-mail /CD – Por favor circule a opção desejada) Acesso parcial no Portal do Paciente ou
 Acesso total no Portal do Paciente
Método de Entrega: Correio E-mail Irá retirar via Fax (enviado apenas para estabelecimentos médicos)
Objetivo da Divulgação: Seguro Legal Continuação do Tratamento Uso Pessoal Escola
 Família e Licença Médica/Formulários ou Formas de Desabilitação Comunicação do Paciente (Saúde Comportamental)
 Outros (Por favor, especifique): _____
Período dos Registros Solicitados: _____ até _____ -OU- REGISTRO COMPLETO (Todos os Registros, Todas as Datas)
Tipos de Registros: Resumo dos Registros Laboratório Patologia Radiologia (CD) Radiologia (Relatórios) Registros de Terapia Observações de Progresso Consulta Operatório Todos os resultados de testes diagnósticos
 Outros (Por favor, especifique): _____

NÃO podem ser incluídas informações relacionadas com (por favor indique):

Eu entendo que esta autorização se estende a toda ou qualquer parte dos registros designados acima, que podem incluir informações psiquiátricas, e/ou aconselhamento genético/testes, e/ou abuso de álcool/drogas e/ou AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); também podem incluir o resultado de um teste de HIV ou o motivo pelo qual o teste de HIV foi realizado. Eu expressamente consinto a divulgação das informações acima designadas a menos que seja rubricado ou que seja solicitada outra forma exigida por lei.

A autorização irá expirar na seguinte data, evento ou condição: _____. Se eu deixar de especificar um evento ou condição, a autorização irá expirar em um ano. Eu entendo que a presente autorização é revogável mediante notificação por escrito para o estabelecimento onde a autorização original está retida, salvo na medida em que a ação já foi tomada nesta autorização. Eu entendo que as minhas informações médicas confidenciais que serão usadas ou divulgadas a partir desta autorização estão sujeitas à re-divulgação por parte do destinatário, sendo que a confidencialidade das minhas informações médicas já não poderão mais ser protegidas por lei. Também compreendo que a Orlando Health (Orlando Saúde) não poderá condicionar a provisão de tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou o direito aos benefícios relativos à prestação desta autorização. Aos pacientes que se utilizam do Portal do Paciente (Proxy), deve ficar claro que esta autorização irá ficar ativa até que seja revogada. Eu entendo que irei receber uma cópia assinada deste formulário.

Assinatura do Paciente/Guardião Legal _____

Data _____

Hora _____

Eu desejo revogar esta autorização. Assinatura: _____ Data: _____ Hora: _____

OFFICIAL USE ONLY:

Name _____ Date: _____ Releasing Information
Number of Pages Copied: _____ ID Shown _____ Assisting with Review



ORLANDO HEALTH®

Mailing Address: 1414 Kuhl Ave. • Orlando, FL 32806

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

(Instruções para Obter Liberação ou Revisão de Informações Médicas Confidenciais ou para Acessar o Portal do Paciente)

Importante:

1. Por favor, leia todas as instruções e informações antes de preencher e assinar o formulário.
2. **Custos/Pagamentos:** A liberação dos registros diretamente ao paciente ou ao seu representante legal poderá ter um custo, que será cobrado por página. Não há custo para liberar registros que estejam relacionados à continuidade do tratamento do paciente (ou seja, de provedor para provedor).
3. **Formulários Incompletos:** A falta das informações necessárias poderão resultar em atrasos de processamento. Não serão aceitos formulários incompletos.

Instruções:

As informações a seguir irão lhe ajudar a preencher as seções requeridas, que constam no formulário. Por favor escreva ou imprima da maneira mais clara possível.

- **Seção I:** Insira o nome e o número de telefone do paciente e do solicitante.
- **Seção II:** Indique o nome da pessoa, do provedor ou do estabelecimento responsável pela liberação dos registros médicos.
- **Seção III:** Indique o nome da pessoa ou estabelecimento para o qual os registros médicos liberados serão enviados.
 - **Gerenciamento da Conta Familiar:** Os cuidados dados ao paciente podem ser acompanhados pelo seu familiar ou pessoa responsável através da conta familiar, ficando autorizado utilizar o Portal do Paciente, através do seguinte endereço eletrônico : FollowMyHealth
 - Por favor insira a **data de nascimento** e o **grau de parentesco** da pessoa que irá acessar a conta do paciente (FollowMyHealth) no portal.
- **Seção IV:** Indique a opção desejada quanto ao formato dos registros, o método de entrega (retirada no local, correio, e-mail, fax), o propósito da divulgação, o período do registro desejado, e os tipos de registros.

Gerenciamento da Conta Familiar–Informações Adicionais

- **Autorização individual para menores (entre 0 a 10 anos de idade):** Neste caso o acesso às informações é total. Os pais ou guardião legal tem acesso total às informações médicas da criança.
- **Autorização individual para jovens adultos (entre 11 e 17 anos de idade):** Este acesso está restrito para qualquer nível. No momento em que a criança passar para a fase aqui discriminada como “jovem adulta” (entre 11 e 17 anos de idade), os registros de saúde atualizados não irão mais fazer parte da conta FollowMyHealth para crianças.
- **Autorização individual para adultos (18 anos ou acima de 18 anos):** Nesse caso, é permitido acesso aos cônjuges, filhos adultos, e outros à conta de um paciente adulto. Pode-se ter acesso total ou somente leitura, conforme indicado pela pessoa que autorizar o acesso.
- **Acesso Total:** Neste caso, pode-se usufruir da funcionalidade completa ou total da conta do paciente.
- **Apenas Leitura:** Neste caso, o indivíduo autorizado só poderá visualizar a conta do paciente (ler), mas não poderá fazer quaisquer mudanças no nome do paciente ou usar a ferramenta de mensagens do portal.

Perguntas/Dúvidas:

Para a Orlando Health: Physician Practices (Práticas Médicas): (321) 841-3064
 Para a Orlando Health: Hospital Facilities (Facilidades Hospitalares): (321) 841-5450
 Para informações junto ao nosso website: www.orlandohealth.com/medicalrecords

OFFICIAL USE ONLY: IN-HOUSE COPIES

Name of Team Member delivering Records to Patient: _____
 Patient Signature: _____ Date: _____ Time: _____

COMMUNICATION ASSISTANCE PROVIDED (Please Print)

QUALIFIED INTERPRETER	QUALIFIED BILINGUAL TEAM MEMBER	ASSISTING VISUALLY IMPAIRED
Team Member Name & I.D.: _____	Team Member Name & I.D.: _____	Team Member/Reader Name & I.D.: _____
Agency/Interpreter Name and/or I.D.: _____	Language: _____	Other: _____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person Language: _____		