

FRANCISCAN CHILDREN'S 30 Warren Street, Brighton, MA 02135 (617) 254-3800 x 1970 FAX: 617-779-1269 Medical Records Department		 Franciscan Children's So every kid can.	
Seção 1: AUTORIZAÇÃO para LIBERAÇÃO de INFORMAÇÃO DE REGISTRO MÉDICO (“ROI”)			
Paciente:		Data de Nascimento:	MR#
Endereço do Paciente:		Cidade:	CEP:
Eu, por meio desta, autorizo o: Franciscan Children's a (favor marcar um): ☐ LIBERAR PARA ☐ OBTER DE			
Dr./Estabelecimento/Escola: Nome da rua: Cidade: CEP: Atenção:		Outro: Nome da rua: Cidade: CEP: Atenção:	
Seção 2: DATAS DOS SERVIÇOS/TRATAMENTOS DE:		ATÉ:	
Seção 3: PROPÓSITO DA DIVULGAÇÃO			
☐ CUIDADOS MÉDICOS Resumo de admissão Resumo de alta Plano de tratamento Raio-X mais recentes, exame de laboratório mais recente, EKG, Consultas, Avaliações de terapias	☐ ELEGIBILIDADE POR INCAPACIDADE Resumo de admissão Resumo de alta Plano de tratamento EKG, Raios-X, Exames de laboratório, Consultas, Avaliações de terapias	☐ IEP/EDUCAÇÃO Planejamento Relatório (s) de Avaliação ☐ SPED Materiais Educativos ☐ ESCOLA/ESPORTES COLÔNIA DE FÉRIAS Vacinas Exame físico (mais recente)	☐ ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO Relatório da operação, registro de anestesia, formulário dentário ☐ JURÍDICO ☐ Certificado para tribunal ☐ Intimação
☐ SEGURO/PAGAMENTO Resumo de admissão Resumo de alta Plano de tratamento Raio-X mais recentes, exame de laboratório mais recente, EKG, Consultas, Reabilitação/Avaliações de terapias	☐ Informação adicional MARQUE abaixo: ☐ Anotações ambulatoriais ☐ Avaliações (terapia) ☐ Laboratório ☐ Testes genéticos ☐ Avaliação neuropsicológica ☐ Informação educacional ☐ OUTRO:		
Seção 4: CONDIÇÕES PARA AUTORIZAÇÃO: Esta autorização estará em vigor por 120 dias após a data da assinatura. Compreendo que esta autorização pode ser revogada a qualquer momento mediante notificação por escrito para o estabelecimento, a menos que uma ação baseada nela já tenha ocorrido. Uma fotocópia ou fac-símile desta autorização constituirá uma autorização válida. Compreendo que a pessoa/estabelecimento/agência que recebe as informações pode divulgá-las novamente e as informações podem não ser protegidas por leis ou regulamentos de privacidade. Eu entendo que o uso ou divulgação de informações é voluntário e não preciso de assinar para receber tratamento ou serviços.			
Seção 5: Se os seus registros contêm informações protegidas/confidenciais (listadas abaixo) marque as opções apropriadas para identificar a informação que o Sr. (a) deseja ter INCLUÍDA na liberação ou EXCLUÍDA da liberação. ☐ Eu li cuidadosamente e compreendo as declarações acima e faço aqui expressa e voluntariamente consentimento para divulgação de informações de saúde protegidas sobre a minha condição e tratamento que podem incluir registros psiquiátricos (por exemplo, avaliação neuropsicológica, terapia de saúde comportamental, Serviço Social) para as pessoas/agências acima mencionadas. ☐ Eu não consinto com a liberação de registros psiquiátricos. ☐ Eu li cuidadosamente e compreendo as declarações acima e faço aqui expressa e voluntariamente consentimento para divulgação de informações de saúde protegidas sobre a minha condição e tratamento que podem incluir doenças sexualmente transmissíveis (“STDS”) para as pessoas/agências acima mencionadas. ☐ Eu não consinto com a liberação de doenças sexualmente transmissíveis. ☐ Eu li cuidadosamente e compreendo as declarações acima e faço aqui expressa e voluntariamente consentimento para divulgação de informações de saúde protegidas sobre a minha condição e tratamento que podem incluir informação confidencial (por exemplo, teste genético/aconselhamento, abuso, violência, agressão sexual) para as pessoas/agências acima mencionadas. ☐ Eu não consinto com a liberação de informação confidencial. ☐ Liberação de Informação sobre HIV. Na medida em que o meu prontuário médico contém informação relativa ao anticorpo HIV (HTLV-III) e ao teste antígeno que está protegido pelo M.C.L. Ch. 111 § 70f, eu autorizo a divulgação de tais informações para o seguinte propósito: _____ ☐ Eu não consinto com a liberação de Informação sobre HIV.			
Seção 6: ASSINATURA E DATA:		NOME IMPRESSO:	
(MARQUE UM) ☐ Paciente (se com 18 ou mais velho/ou menor emancipado) ☐ Paciente (se o paciente tem menos de 18)		☐ Guardião Legal (documentação adicional exigida) ☐ Agente de Saúde (documentação adicional exigida)	
ASSINATURA DA TESTEMUNHA E DATA:		NOME IMPRESSO:	

