



Iris Ob Gyn

Dra. Renata Silva Starr
Dra. Arielle Franco

AUTORIZAÇÃO PARA USO OU DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Nome da Paciente _____ Data de Nascimento _____

Endereço _____ Telefone _____ SSN _____

(Marque uma opção) _____ Obter de ou _____ Divulgar para

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Fax: _____

Para a finalidade de (ex.: continuidade do cuidado, transferência de cuidado, PCP ou registros pessoais):

- | | |
|--|--|
| ☐ Prontuário médico completo | ☐ Relatórios e imagens de radiologia |
| ☐ Exames diagnósticos | ☐ Incluir informações comportamentais/de saúde mental |
| ☐ Registros pré-natais | ☐ Relatórios e amostras de patologia |
| ☐ Incluir tratamento para drogas/álcool | ☐ Incluir informações relacionadas ao HIV |
| ☐ Resultados laboratoriais | ☐ Todos os itens acima, com exceção de _____ |

____ **Data de expiração:** Esta autorização expirará 12 meses a partir da data em que foi assinada, salvo especificação em contrário _____ (data de expiração). Iniciais _____

Redivulgação: Entendo que, uma vez que as informações acima sejam divulgadas, elas poderão ser novamente divulgadas pelo destinatário e poderão não estar protegidas pelas leis ou regulamentos federais de privacidade. Iniciais _____

Condicionamento: Entendo que o preenchimento desta autorização é voluntário. Compreendo que tratamento, pagamento, inscrição em um plano de saúde ou elegibilidade para benefícios não estarão condicionados à minha autorização para esta divulgação. Iniciais _____

Revogação: Entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento por meio de uma carta por escrito, apresentada ao departamento de registros médicos. Entendo que a revogação não se aplicará às informações que já tenham sido divulgadas em resposta a esta autorização. Iniciais _____

Paciente ou Representante Autorizado

Data

Nome em letra de forma (PRINT)

Relação com o paciente