

Autorização para compartilhar informações médicas

PerformCARE®

[Imprimir]

Este formulário é usado para compartilhar suas informações médicas protegidas (“PHI”) nos casos exigidos pelas leis federais e estaduais de privacidade. Sua autorização permite que o PerformCare 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 o PerformCare. Você pode cancelar esta autorização a qualquer momento, bastando para isso enviar uma solicitação ao PerformCare. Para mais informações, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Beneficiário no número **1-877-652-7624 (1-866-896-6975 para deficientes auditivos)**.

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

Nome do beneficiário:		Inicial do nome do meio:	
Sobrenome:		ID do beneficiário (ver carteira de identificação):	
Endereço do beneficiário:			
Cidade:		Estado:	Código postal:
Data de nascimento do beneficiário:		Número de telefone durante o dia (incluir código de área):	

Parte B. Destinatário: (a 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):			
Relação com o beneficiário indicado na Parte A:			

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.

- Registro completo.** Todas as PHI relacionadas aos benefícios e serviços médicos que recebi e aos pagamentos efetuados por eles. A legislação federal exige uma autorização separada para o compartilhamento de notas de psicoterapia.
- Registros especiais. Algumas leis exigem que você conceda uma permissão específica para o compartilhamento de determinadas PHI. Marque as caixas abaixo correspondentes às PHI que você aceita compartilhar.** Ao marcar essas caixas, você nos autoriza a compartilhar todos os seus registros que contenham o tipo de PHI em questão. Se quiser autorizar apenas o compartilhamento de um subgrupo de registros, como registros sobre um único diagnóstico, preencha a seção “Apenas informações limitadas” abaixo.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Informações genéticas | <input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Aborto e planejamento familiar |
| <input type="checkbox"/> Uso de substâncias ou álcool | <input type="checkbox"/> Doenças transmissíveis |
| <input type="checkbox"/> Saúde mental/comportamental
(incluindo o tratamento recebido em internações) | <input type="checkbox"/> Informações que você nos pediu para tratar de forma confidencial |
- 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 da apelação relacionada ao meu pedido de reembolso apresentado em [data].

Descreva as informações que você deseja que sejam compartilhadas:

Autorização para compartilhar informações médicas

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.

Parte E. Data de expiração desta autorização

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

Desejo que a autorização expire um (1) ano após o término da minha cobertura com o PerformCare. (Ver as informações abaixo)*

OU

Na seguinte data, evento ou condição*:

* O PerformCare deve ser notificado do evento/condição para cancelar esta autorização. Na Carolina do Norte e em Nova Jersey, esta autorização expira automaticamente um ano após a data de sua assinatura, a menos que você estipule uma data anterior. Em New Hampshire, a autorização expira automaticamente dois anos após a data de sua assinatura, a menos que você estipule uma data anterior. Na Louisiana, se você solicitar o compartilhamento de suas informações genéticas, a autorização expira sessenta dias após a data de sua assinatura, a menos que você estipule uma data anterior. No distrito de Columbia, se você solicitar o compartilhamento de informações sobre sua saúde mental, a autorização expira automaticamente um ano após a data de sua assinatura, a menos que você estipule uma data anterior.

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

Declaro estar ciente de que esta autorização para compartilhar minhas informações médicas protegidas é voluntária e não é uma condição para a inscrição no PerformCare, para a elegibilidade para receber benefícios ou para o pagamento de reembolsos. Declaro estar ciente de que posso cancelar esta autorização a qualquer momento, bastando para isso enviar uma solicitação ao 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 beneficiário: Ao assinar abaixo, autorizo o compartilhamento das minhas PHI da maneira descrita acima.

Assinatura do beneficiário (14 anos ou mais)
ou assinatura de um dos pais:

Data:

Informações do representante pessoal: Ao assinar abaixo, autorizo o compartilhamento das PHI do beneficiário da maneira descrita acima. (Um representante pessoal é alguém com autoridade legal para atuar em nome de um indivíduo, como o pai ou a mãe de um menor. Uma cópia de uma procuração ou outro documento legal deve estar arquivada no PerformCare ou ser apresentada junto com este formulário.)

Nome do representante pessoal (em letra de forma):

Endereço do representante:

Descrição da autoridade do representante pessoal:

Assinatura do representante pessoal:

Data:

Número de telefone:

Envie o formulário preenchido para: Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092
Número de fax: 1-833-214-2242 (ligação gratuita)

Autorização para compartilhar informações médicas

Anexo à autorização para a divulgação de informações médicas

Consentimento verbal

Nós, abaixo assinados, certificamos que o beneficiário 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 beneficiário, e não pode substituir essa documentação simplesmente porque é inconveniente para o beneficiário assiná-la.

Motivo:

As assinaturas abaixo indicam o seguinte:

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

Método de comunicação com o beneficiário:

- Telefone
- Pessoalmente
- Outro (especificar):

Nome da testemunha (em letra de forma):

Nome da testemunha (em letra de forma):

Assinatura da testemunha:

Assinatura da testemunha:

Data: / /

Data: / /

A discriminação é proibida por lei

O PerformCare atua em conformidade com a legislação federal de direitos civis e não discrimina nenhuma pessoa com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. O PerformCare não exclui ou trata ninguém de forma diferente em razão de sua raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo.

O PerformCare reduz as barreiras linguísticas para permitir o acesso aos serviços do Sistema de Cuidados Infantis de Nova Jersey:

- Prestando assistência e serviços gratuitos a pessoas com deficiência para que possam se comunicar eficazmente conosco, tais como:
 - Informações escritas em outros formatos (letras grandes, arquivos de áudio, formatos eletrônicos acessíveis e outros formatos).
 - Dispositivos de telecomunicações, tais como Dispositivos de Telecomunicações para os Deficientes Auditivos (TDD) e Textofone (TTY) para que indivíduos surdos, com dificuldade de audição ou problema de fala utilizem o telefone para se comunicar.
- Prestando serviços linguísticos gratuitos a pessoas cujo idioma materno não seja o inglês, o que inclui:
 - Intérpretes qualificados.
 - Informações escritas em outros idiomas.

Se precisar desses serviços, entre em contato com o PerformCare ligando para **1-877-652-7624** [ou TTY (para deficientes auditivos) **1-866-896-6975**]. Estamos à disposição 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Multi-language interpreter services

Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Spanish: Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Portuguese: Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975).

Haitian Creole: Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

Chinese Mandarin: 注意: 如果您说中文普通话/国语, 我们可为您提供免费语言援助服务。请致电: 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

Bengali: লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১১-৮৭৭-৬৫২-৭৬২৪ (TTY 1-866-896-6975)।

French: Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Se acreditar que o PerformCare não prestou esses serviços ou o(a) discriminou de alguma maneira em razão de sua raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo, você pode apresentar uma queixa por correio ou telefone. Para isso, ligue para o Departamento de Qualidade do PerformCare no número **1-877-652-7624** ou envie sua queixa por escrito para:

PerformCare
Attn: Quality Department
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

Se precisar de ajuda para apresentar uma queixa, o Departamento de Qualidade do PerformCare está à disposição para auxiliá-lo(a).

Você também pode apresentar uma queixa por violação de direitos civis ao U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, Escritório de Direitos Civis), seja eletronicamente, no Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de Queixas do Escritório de Direitos Civis), disponível em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou por correio ou telefone no endereço e números abaixo:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Os formulários a serem preenchidos para a apresentação da queixa estão disponíveis em <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Vietnamese: Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

Chinese Cantonese: 注意: 如果您使用粵語, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

Polish: Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Urdu:

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)۔

Turkish: Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

Russian: Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).