



**Autorização para Acesso a Informações de Pacientes  
Através de uma Organização de Troca de  
Informações de Saúde**

Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque  
(New York State Department of Health)

Nome do Paciente	Data de Nascimento	Número de Identificação do Paciente
Endereço do Paciente		

Solicito que as informações de saúde relativas aos meus cuidados e tratamento sejam acessadas conforme estabelecido neste formulário. Eu posso escolher se quero ou não permitir que a [Name of Provider Organization] (incluindo seus agentes) tenham acesso aos meus registros médicos através da organização de troca de informações de saúde denominada Healthix. Caso dê meu consentimento, meus registros médicos com origem nos diferentes lugares onde recebo cuidados de saúde poderão ser acessados através de uma rede informática estadual. A Healthix é uma organização sem fins lucrativos que compartilha informações sobre a saúde das pessoas por via eletrônica e atende aos padrões de segurança e privacidade da HIPAA e da Lei do Estado de Nova Iorque. Para saber mais, visite o site da Healthix em [www.healthix.org](http://www.healthix.org).

**A escolha que faço neste formulário NÃO afetará minha capacidade de obter assistência médica. A escolha que faço neste formulário NÃO permite que as seguradoras de saúde tenham acesso às minhas informações com o propósito de decidir se me atribuem cobertura de seguro de saúde ou pagam minhas despesas médicas.**

<p><b>Minha Escolha de Consentimento.</b> UMA caixa é assinalada à esquerda da minha escolha. Posso preencher este formulário agora ou mais tarde. Também posso alterar minha decisão a qualquer momento, preenchendo um novo formulário.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. CONSINTO</b> que a [Name of Provider Organization] aceda a TODAS as minhas informações eletrônicas de saúde através da Healthix para prestar serviços de cuidados de saúde.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. NÃO CONSINTO</b> que a [Name of Provider Organization] aceda minhas informações de saúde eletrônicas através da Healthix para qualquer propósito.</p>

Caso eu quiser negar o consentimento a todas as Organizações Provedoras e Planos de Saúde que participam na Healthix para acessar minhas informações de saúde eletrônicas através da Healthix, posso fazê-lo visitando o site da Healthix em [www.healthix.org](http://www.healthix.org) ou ligando para a Healthix através do nº 877-695-4749.

Minhas perguntas sobre este formulário foram respondidas e foi-me facultada uma cópia deste formulário.

Assinatura do Paciente ou do Representante Jurídico do Paciente	Data
Nome do Representante Jurídico em Letra de Imprensa (se aplicável)	Relação do Representante Jurídico com o Paciente (se aplicável)



## Detalhes sobre as informações acessadas através da Healthix e do processo de consentimento:

- 1. Como sua informação pode ser usada.** Suas informações de saúde eletrônicas serão usadas **apenas** para os seguintes serviços de saúde:
  - **Serviços de Tratamento.** Prestar tratamento médico e serviços relacionados a você.
  - **Verificação de Elegibilidade de Seguro.** Verifique se tem seguro de saúde e o que cobre.
  - **Atividades de Gerenciamento de Cuidados.** Estes incluem ajudá-lo na obtenção de cuidados médicos adequados, a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a coordenação da prestação de serviços de saúde múltiplos prestados a você, ou apoiando você no seguimento de um plano de assistência médica.
  - **Atividades de Melhoria da Qualidade.** Avalie e melhore a qualidade da assistência médica prestada a você e a todos os pacientes.
- 2. Quais São os Tipos de Informações Sobre Você Que São Incluídas.** Se você dá seu consentimento, a(s) Organização(ões) Provedora(s) listadas podem acessar TODAS suas informações de saúde eletrônicas disponíveis através da Healthix. Isso inclui informações criadas antes e depois da data em que este formulário foi assinado. Seus registros de saúde poderão incluir um histórico de doenças ou lesões que você teve (como diabetes ou um osso quebrado), resultados de exames (como raios-X ou exames ao sangue) e listas de medicamentos que você tenha tomado. Essa informação poderá incluir condições de saúde sensíveis, incluindo mas não limitado a:


• Problemas de consumo de álcool ou drogas e diagnósticos	• Doenças sexualmente transmissíveis	• Resumo de altas
• Controle de natalidade e aborto (planejamento familiar)	• Medicação e Dosagens	• Informação de Emprego
• Doenças (herdadas) ou exames genéticos	• Informações de Diagnóstico	• Situação Habitacional
• HIV/AIDS	• Alergias	• Apoios Sociais
• Condições de saúde	• Resumos do histórico de uso de substâncias	• Dados de Encontro de Reclamações
	• Notas clínicas	• Exames de Laboratório
- 3. Qual é a Origem de Suas Informações de Saúde.** Suas informações de saúde têm origem em lugares onde já lhe prestaram cuidados médicos ou facultaram seguros de saúde. Estes podem incluir hospitais, médicos, farmácias, laboratórios clínicos, seguradoras de saúde, o programa Medicaid e outras organizações que trocam informações de saúde em formato digital. Uma lista completa e atual pode ser obtida através da Healthix. Você pode obter uma lista atualizada a qualquer momento, consultando o site da Healthix em [www.healthix.org](http://www.healthix.org) ou ligando para o número 877-695-4749.
- 4. Quem Pode Acessar Suas Informações, Se Você Consentir.** Somente médicos e outros funcionários da(s) Organização(ões) a quem você deu o consentimento para acessar quem realiza as atividades permitidas neste formulário conforme descrito acima no parágrafo um.
- 5. Acesso de Agências de Saúde Pública ou Organizações de Obtenção de Órgãos.** Certas agências federais, estaduais ou locais de saúde pública e organizações de obtenção de órgãos estão autorizadas por lei a acessar informações de saúde sem o consentimento do paciente com determinados propósitos de saúde pública e transplante de órgãos. Essas entidades podem acessar suas informações através da Healthix com esses propósitos, independentemente de você dar consentimento, negar o consentimento ou não preencher um formulário de consentimento.
- 6. Penalidades por Acesso ou Uso Impróprio de Suas Informações.** Existem penalidades para o acesso ou uso impróprio de suas informações de saúde eletrônicas. Se, em qualquer momento, suspeitar que alguém que não deveria ter visto ou obtido acesso a informações sobre você fez isso, ligue para a **Provider Organization** em: \_\_\_\_\_; ou visite o website da Healthix: [www.healthix.org](http://www.healthix.org); ou ligue para o Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque em 518-474-4987; ou siga o processo de queixa do Escritório Federal de Direitos Civis no seguinte link: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Nova Divulgação de Informações.** Qualquer/quaisquer organização(ões) a que tenha dado consentimento para aceder a suas informações de saúde poderá divulgar estas informações de saúde novamente, mas somente na medida permitida pelas leis e regulamentos estaduais e federais. Informações relacionadas com o tratamento de álcool/drogas ou informações confidenciais relacionadas com HIV só poderão ser acedidas e divulgadas novamente se acompanhadas das declarações necessárias relativas à proibição de divulgação.
- 8. Período Efetivo.** Este Formulário de Consentimento permanecerá em vigor até ao dia em que você mudar sua escolha de consentimento, morte ou até ao momento em que a Healthix cesse a operação. Caso a Healthix se funda com outra Entidade Qualificada, suas escolhas de consentimento permanecerão efetivas para a nova entidade resultante da fusão.



- 9. Alterar Sua Escolha de Consentimento.** Você pode alterar a sua escolha de consentimento a qualquer momento e para qualquer Organização Prestadora ou Plano de Saúde enviando um novo Formulário de Consentimento com sua nova escolha. As organizações que acessam suas informações de saúde através do Healthix enquanto o seu consentimento é efetivo poderão copiar ou incluir suas informações em seus próprios registros médicos. Mesmo que depois decida mudar sua decisão de consentimento, estas organizações não são obrigadas a devolver suas informações ou removê-las de seus registros.
- 10. Cópia do Formulário.** Você tem direito a obter uma cópia deste Formulário de Consentimento.