

**Autorização para aceder uma vez às informações de saúde de menor de idade
Através de uma organização de troca de informações de saúde**

Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque

Nome do paciente	Data de nascimento	Número de identificação do paciente
Morada do paciente		
Organização prestadora de cuidados de saúde		
Data de serviço		

Solicito que as informações de saúde relativas aos meus tratamentos e aos cuidados de saúde que me forem prestados sejam acedidas em conformidade com o estabelecido no presente formulário. Posso optar por autorizar ou não autorizar que a «Organização prestadora de cuidados de saúde» listada acima obtenha acesso aos meus registos médicos através da organização de troca de informações de saúde denominada Interboro Regional Healthcare Information Organization d/b/a NY Care Information Gateway (NYCIG). No caso de fornecer autorização, os meus registos médicos provenientes das várias entidades que me prestam cuidados de saúde poderão ser acedidos apenas esta vez para que o médico responsável pelo meu tratamento possa prestar melhor atendimento aos meus cuidados.

A opção que eu selecionar no presente formulário NÃO permite que o meu prestador de cuidados de saúde tenha acesso contínuo às minhas informações de saúde. Esta autorização é para ACESSO APENAS UMA VEZ.

A minha opção de autorização. Está selecionada UMA caixa à esquerda da minha opção.
<input type="checkbox"/> 1. AUTORIZO que a «Organização prestadora de cuidados de saúde» aceda apenas uma vez a TODAS as minhas informações de saúde em formato eletrónico através da NYCIG no sentido de prestar cuidados de saúde.
<input type="checkbox"/> 2. NÃO AUTORIZO que a «Organização prestadora de cuidados de saúde» aceda às minhas informações de saúde em formato eletrónico através da NYCIG para qualquer que seja a finalidade.

As minhas perguntas acerca do presente formulário foram respondidas e foi-me fornecida uma cópia do mesmo.

Assinatura do paciente	Data
Nome em letra de imprensa	

Detalhes sobre as informações cedidas através da NY Care Information Gateway (NYCIG) e o processo de autorização:

1. **Utilização das suas informações.** As suas informações de saúde em formato eletrónico **apenas** serão utilizadas no âmbito dos seguintes serviços de prestação de cuidados de saúde:
 - **Serviços consentidos de tratamento de menor.** Para lhe prestar tratamentos médicos e serviços relacionados.
2. **Tipo de informações que são fornecidas sobre si.** Se fornecer autorização, a organização prestadora de cuidados de saúde poderá aceder APENAS UMA VEZ A TODAS as suas informações de saúde em formato eletrónico disponíveis através da NYCIG. Isto inclui as informações criadas antes e após a data de assinatura do presente formulário. Os seus registos de saúde poderão incluir um histórico de doenças ou lesões que tenha tido (tais como diabetes ou a fratura de um osso), resultados de análises (tais como raios X ou análises ao sangue) e listas de medicamentos que tenha tomado. Estas informações poderão incluir problemas de saúde sensíveis, incluindo, entre outros:
 - Problemas de abuso de álcool ou drogas
 - Contraceção e aborto (planeamento familiar)
 - Análises ou doenças genéticas (herdadas)
 - VIH/SIDA
 - Problemas de saúde mental
 - Doenças transmitidas sexualmente
3. **Proveniência das suas informações de saúde.** As suas informações são provenientes das entidades que lhe prestaram cuidados médicos ou seguros de saúde. Estas poderão incluir hospitais, médicos, farmácias, laboratórios de análises clínicas, companhias de seguros de saúde, o programa Medicaid e outras organizações que realizam o intercâmbio de informações de saúde em formato eletrónico. A NY Care Information Gateway disponibiliza uma lista completa e atualizada destas entidades no seu website: www.NYCIG.org.
4. **Quem poderá aceder às suas informações, no caso de fornecer autorização.** Apenas os médicos e os outros colaboradores do quadro da(s) organização/ões que tenham recebido a sua autorização de acesso e que desempenhem as atividades permitidas pelo presente formulário, tal como descrito acima no primeiro parágrafo.
5. **Acesso de organizações de saúde pública e obtenção de órgãos para transplante.** As agências de saúde pública locais, estatais ou federais, bem como determinadas organizações de obtenção de órgãos para transplante, estão autorizadas por lei a aceder às informações de saúde sem a autorização do paciente, para fins específicos relacionados com a saúde pública e o transplante de órgãos. Estas entidades poderão aceder às suas informações através da NYCIG para estes fins, independentemente de autorizar ou não autorizar esse acesso, ter preenchido ou não um formulário de consentimento.
6. **Penalizações aplicáveis ao acesso ou à utilização irregular das suas informações.** Existem penalizações aplicáveis ao acesso ou à utilização irregular das suas informações de saúde em formato eletrónico. Se, em qualquer altura, suspeitar que alguém que não deveria ter visto ou obtido acesso às suas informações o tenha efetuado, ligue para a organização prestadora de cuidados de saúde através do número _____, visite o site da internet da NYCIG, em www.NYCIG.org, ligue para o NYS Department of Health (Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque) através do número 518-474-4987, ou siga o processo de reclamação do Office for Civil Rights (Gabinete de Direitos Cívicos) federal disponível através da seguinte ligação: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
7. **Divulgação das informações.** Quaisquer organizações às quais tenha autorizado o acesso às suas informações de saúde poderão divulgar as mesmas, mas apenas em conformidade com o permitido pelas leis e pelos regulamentos estatais e federais. Apenas será possível aceder às informações relacionadas com os tratamentos no âmbito de problemas de abuso de álcool/drogas ou às informações confidenciais relacionadas com o VIH, e divulgar as mesmas, mediante a inclusão das declarações necessárias relativas à proibição de qualquer nova divulgação.
8. **Período aplicável.** Este Formulário de Consentimento permanecerá em vigor APENAS pela duração do tratamento recebido na “Data de Serviço” listada.
10. **Cópia do formulário.** Tem o direito de receber uma cópia do presente Formulário de Consentimento.