



**Autorização para divulgação de  
informação de saúde**

Endereço para devolução

- Solicito \_\_\_\_\_ completar este formulário para mim.  
(Nome da pessoa que preenche o formulário) \_\_\_\_\_ (Assinatura do paciente/representante pessoal) \_\_\_\_\_
- Eu \_\_\_\_\_ autorizo o DPH a permitir \_\_\_\_\_ me acompanhar durante minha consulta em \_\_\_\_\_, e entendo que informações protegidas sobre saúde poderão ser discutidas durante esta consulta.
- Eu \_\_\_\_\_ autorizo \_\_\_\_\_ divulgar as seguintes informações de saúde protegidas dos registros médicos de \_\_\_\_\_  
Nome do paciente \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

*Iniciais do paciente Todas que se aplicam. (Marcar "TODOS" em um tipo de serviço inclui resultados de laboratório para esse serviço.)*

Tipo de serviço	Iniciais	Todas	Específicas	Tipo de serviço	Iniciais	Todas	Específicas
Álcool/Abuso de outra substância				Doença mental			
Crianças ou jovens com necessidades especiais				Visita domiciliar do recém-nascido			
Planejamento familiar				Parceria Família-Enfermeira			
HIV/AIDS				DST			
Saúde doméstica				tuberculose			
Imunizações				WIC			
Testes diagnósticos/laboratórios				Outro			

NÃO quero que as seguintes informações sejam liberadas:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. (Iniciais do paciente)

- Objetivo para divulgação da informação: (Iniciais do paciente **um**) \_\_\_\_\_ continuação do tratamento; ou \_\_\_\_\_ cópia pessoal; ou \_\_\_\_\_ legal; ou Outro (Insira a finalidade do lançamento e inicial) \_\_\_\_\_
- Esta autorização é válida até: (Iniciais do paciente **um**) \_\_\_\_\_ Daqui a um ano; ou \_\_\_\_\_ Até alta do Programa; ou Outro (o paciente insere a data ou evento específico e as iniciais) \_\_\_\_\_ Entendo que uma cópia desta autorização pode ser tratada como um original.
- Você pode divulgar minhas informações de saúde protegidas para a pessoa ou entidade mencionada no item 3 acima das seguintes maneiras:
  - Por \_\_\_\_\_ fax (iniciais do paciente aqui) Número de fax \_\_\_\_\_
  - Por e-mail \_\_\_\_\_ (iniciais do paciente aqui) Endereço de e-mail \_\_\_\_\_
  - Por correio \_\_\_\_\_ (iniciais do paciente aqui) Endereço para correspondência \_\_\_\_\_
 Entendo que minha confidencialidade não pode ser garantida enviando minhas informações por esses métodos.

7. \_\_\_\_\_ Assinatura do paciente/representante pessoal \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Testemunha - SOMENTE se o paciente não puder assinar ou assinar com um "X" \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

(Nome do paciente em letra de forma) \_\_\_\_\_ Relacionamento do Representante Pessoal (se) assinado por representante pessoal

Entendo que posso pedir para ver ou receber uma cópia das minhas informações antes de serem divulgadas. Entendo que as informações divulgadas a meu pedido poderão ser divulgadas novamente pela pessoa que as receber e não poderão mais ser protegidas por leis estaduais ou federais. Entendo que o DPH não poderá condicionar o tratamento, a inscrição ou a elegibilidade para benefícios caso eu me recuse a assinar esta autorização; no entanto, comprehendo que posso não ser elegível para serviços de alguns programas se me recusar a permitir a divulgação de informações necessárias para tratamento, pagamento, inscrição ou elegibilidade para benefícios.

**Cópia deste formulário fornecida ao paciente  ou cópia recusada  ou cópia enviada ao paciente**

- Para revogar esta autorização: Entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento ao assinar abaixo, exceto quando informações já tiverem sido divulgadas com base nesta autorização ou para obter benefícios de seguro.

(Paciente/representante autorizado) Data: \_\_\_\_\_

(Testemunha: Obrigatório se o paciente não puder assinar ou assinar com "x") Data: \_\_\_\_\_

(A etiqueta do paciente pode ser usada aqui)

Iniciais do paciente: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

**Informação liberada para:**

1. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_
  
2. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_
  
3. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_
  
4. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_
  
5. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_
  
6. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_
  
7. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_
  
8. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_
  
9. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_
  
10. Nome: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade/Estado/CEP: \_\_\_\_\_  
Outro: \_\_\_\_\_

(A etiqueta do paciente pode ser usada aqui)

**Informação liberada/assinatura/data:**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
7. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
8. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
9. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
10. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número do registro de saúde do paciente: \_\_\_\_\_  
Iniciais do paciente: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

# Instruções para preenchimento de autorização para divulgação de informações de saúde

## 1623-POR-DPH

**Objetivo:** Este formulário é utilizado para obter autorização do paciente, pai ou responsável legal para divulgar informações de saúde de uma entidade para outra. (do DPH para outra entidade ou de outra entidade para o DPH). Outra entidade pode exigir que utilizemos o seu formulário de autorização para divulgação de informações dos seus registos.

**Nota:** As informações secundárias (informações não criadas pelo DPH e arquivadas em nossos registros) serão divulgadas se o paciente nos solicitar a divulgação ou se forem necessárias para a continuação do atendimento ao paciente. Se a informação secundária estiver marcada como “não é para divulgação”, ela deverá ser divulgada pela entidade que a criou, e não pelo DPH.

### Instruções item por item:

1. Caso o paciente solicite atendimento com o preenchimento deste formulário, digite o nome do atendente e o paciente assina aqui.
2. a) Insira o nome do paciente que deseja ser acompanhado durante a consulta do DPH.  
b) Insira o nome do paciente acompanhante individual.  
c) Insira a data da consulta. Se isso é tudo que o paciente está solicitando, passe para o número 7.
3. a) Insira o nome da pessoa que autoriza a divulgação de informações de saúde. (paciente, pai ou responsável legal)  
b) Insira a entidade que está divulgando informações (se o DPH estiver divulgando informações, insira DPH. Se outra entidade estiver usando este formulário para divulgar suas informações ao DPH, o nome dessa entidade será inserido aqui.)  
c) Digite o nome do paciente cujas informações de saúde estão sendo divulgadas. Se for igual ao nome inserido em 3a) acima, “eu mesmo” poderá ser inserido em vez de reinserir o nome.  
d) Insira a entidade para a qual os registros estão sendo divulgados (se o DPH estiver divulgando as informações, insira o nome da entidade para a qual o DPH as está liberando. Se outra entidade estiver usando este formulário para divulgar informações de saúde de seus registros ao DPH, insira DPH.)  
e) O paciente rubrica a caixa ao lado dos registros a serem divulgados. Marcar “todos” os registros de uma área do programa inclui laboratórios para essa área do programa. Se apenas parte do registro de uma área do programa for divulgada, liste as seções do registro a serem liberadas e peça ao paciente que rubrica. **Os registros de planejamento familiar de menores não devem ser divulgados sem a autorização do menor, a menos que uma ordem judicial válida seja recebida.** As informações sobre HIV ou DST não podem ser divulgadas sem que o paciente rubrique essa área do programa e marque “todos” os registros ou forneça detalhes na coluna “específico”.  
Caso esta divulgação seja utilizada para envio de informações de saúde a mais de uma entidade (quando permitido), inserir “ver verso deste formulário #1-#X”. (por exemplo, se a informação for enviada para 3 entidades diferentes, insira “ver verso deste formulário #1-#3”.) **As informações divulgadas e a finalidade da divulgação devem ser as mesmas para cada entidade ou devem ser preenchidas autorizações separadas para cada uma das entidades.**  
f) Caso o paciente não queira que determinada informação seja divulgada, ele pode especificá-la aqui e rubricar.  
g) Caso a autorização solicite a divulgação de “notas de psicoterapia”, não poderá ser combinada com qualquer outra autorização de divulgação de informações de saúde. (as autorizações para divulgar notas de psicoterapia devem ser separadas de todas as outras.)
4. Finalidade da divulgação da informação – o paciente rubrica a finalidade da divulgação da informação de saúde. (para tratamento continuado, para cobrança, para cópia pessoal, etc.) Insira APENAS UMA finalidade por formulário.
5. A autorização está em vigor até inserir uma data específica ou evento específico quando o paciente deseja que a autorização expire. (um exemplo de evento seria “até a alta do programa”) Se uma **data** for inserida, a data **não deverá passar de um ano**. Se um **evento** for inserido, este **pode exceder um ano**.
6. Divulgação da informação protegida de saúde.
  - a) as iniciais do paciente aqui para autorizar o DPH a enviar a informação protegida de saúde por fax para a entidade nomeada neste formulário. Digite o número do fax, se conhecido.
  - b) as iniciais do paciente aqui para autorizar o DPH a usar comunicação por e-mail. Digite o endereço de e-mail, se conhecido.
  - c) as iniciais do paciente aqui para autorizar o DPH a enviar a informação protegida de saúde para a entidade nomeada neste formulário. Digite o endereço de correspondência.
7. Data de assinatura: O paciente, responsável legal ou representante pessoal assina aqui e insere a data de preenchimento do formulário. Testemunha/Data: uma testemunha assina e data aqui **SOMENTE se o paciente/representante pessoal não puder assinar ou assinar com um “X”**.  
Nome impresso: imprimir o nome do paciente/representante pessoal que assina o formulário.  
Relacionamento do Representante Pessoal: se alguém que não seja o paciente assinar o formulário, insira o relacionamento dessa pessoa com o paciente.  
O paciente receberá uma cópia do 1623-POR-DPH preenchido. Se uma cópia for fornecida ao paciente, o funcionário do DPH verifica se foi dada. Se uma cópia foi recusada pelo paciente, o funcionário do DPH verifica se foi recusada. Se o paciente solicitar que uma cópia seja enviada a ele, o funcionário do DPH verifica se uma cópia foi enviada e, em seguida, envia-o uma.

A HIPAA exige que concedamos ao paciente a oportunidade de solicitar a inspeção ou obter uma cópia de suas informações de saúde protegidas antes de sua divulgação. A HIPAA exige que informemos ao paciente que, assim que divulgarmos informações a outra entidade, elas poderão ser divulgadas novamente pelo destinatário e não poderão mais ser protegidas por leis estaduais ou federais.

(a entidade que recebe as informações pode não ser “coberta” pela HIPAA e, portanto, não seria coberta pelas leis de privacidade da HIPAA.)

A HIPAA exige que informemos ao paciente que, caso ele se recuse a assinar a autorização para divulgação de informações, não poderemos negar tratamento, pagamento, inscrição ou elegibilidade para benefícios; e isso não irá nos impedir de prestar tratamento ao paciente nem de cobrar o pagamento pelos serviços prestados. O nome da entidade que libera os registros é inserido no primeiro espaço. Alguns programas do DPH exigem que divulguesmos as informações necessárias para tratamento, pagamento, inscrição ou elegibilidade para benefícios antes de inscrever um paciente no programa. Nesses casos, insira o nome do programa aqui.

8. Revogação desta autorização - caso o paciente pretenda revogar esta autorização, poderá fazê-lo a qualquer momento, assinando e datando a **autorização original** aqui. A autorização é revogada na data assinada pelo paciente. A assinatura da testemunha é necessária **SOMENTE se o paciente não puder assinar ou assinar com um “X”**. A data em que a testemunha assina é inserida aqui.
9. O número do prontuário do paciente, nome e data de nascimento são inseridos no canto inferior direito. O rótulo do paciente pode ser usado em seu lugar, se preferir.

#### **PÁGINA DOIS do formulário:**

1. Na primeira coluna, insira o nome/endereço/cidade/estado/código postal para o qual as informações serão enviadas. Se outras informações forem necessárias, insira-as ao lado de “outras”. Se for uma divulgação para uma única entidade e as informações forem dadas na primeira página, o funcionário do DPH poderá consultar essas informações em vez de digitá-las novamente.
2. Na segunda coluna, insira as informações que são divulgadas, a assinatura da pessoa que divulgou as informações e a data em que as informações são divulgadas

#### **Mecânica de escritório e arquivamento:**

Este formulário deve ser preenchido no registro de saúde abrangente de acordo com o Formato de Registro de Saúde localizado no Manual de Políticas de Registro de Saúde. Aplica-se o cronograma abrangente de retenção de registros de saúde.

**Se houver dúvidas sobre como preencher ou usar este formulário, entre em contato com o Diretor de Privacidade do DPH ou com o Escritório Jurídico do DPH.**