

# Thundermist!

CENTRO DE SAÚDE DE

Bem-vindo(a) a Thundermist! Muito obrigado por escolher o Centro de Saúde de Thundermist como a sua casa de saúde. Antes da sua consulta, agradecemos que preencha todos os campos destacados no novo pacote de pacientes e no formulário de divulgação de registos médicos. Quaisquer partes incompletas no formulário, terão de ser devidamente preenchidas novamente. Aguardamos com expectativa a oportunidade de nos encontrarmos consigo.

Pode devolver documentos por:

**Correio:** 25 John A. Cummings Way, Attn: Document Management,  
Woonsocket, RI 02895

**Fax:** 401-235-6896 À Atenção: Gestão de Documentos

**E-mail:** [MedicalRecords@ThundermistHealth.org](mailto:MedicalRecords@ThundermistHealth.org)

Se tiver qualquer dúvida, por favor, contacte-nos por e-mail,

[MedicalRecords@ThundermistHealth.org](mailto:MedicalRecords@ThundermistHealth.org)

Teremos todos o prazer de o(a) ajudar.

## Formulário de Registo do Paciente

Nome: Último: _____ Primeiro: _____ Meio: _____ Nome preferido: _____			
Endereço de rua: _____		Cidade: _____ Estado: _____ ZIP: _____	
Endereço de correio (se diferente) Rua: _____		Cidade: _____ Estado: _____ Zip: _____	
Telefone doméstico: (____) _____	Data de nascimento: _____ Mês/Dia/Ano	Pronomes: <b>ela/sua, ele/lo, que/los, que/O que, outros</b> _____	Segurança Social#: _____ / /
Telemóvel: (____) _____	_____ / _____ / _____		
Telefone de trabalho: (____) _____			
Tem seguro médico/dentário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se alguém além do paciente for responsável pela conta, por favor preencha as seguintes informações:			
Nome: Último: _____ Primeiro: _____ Inicial do Meio: _____		Data de Nascimento: _____ / _____ / _____	
Endereço: _____		Cidade: _____ Estado: _____ Zip: _____	
Telefone doméstico: / /	Telemóvel: / /	Telefone de trabalho: / /	
Nome do empregador: _____		Endereço: _____ Telefone: _____	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Enviuvada <input type="checkbox"/> Parceiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separados		Estatuto do Emprego: (Verifique tudo o que se aplica) <input type="checkbox"/> Empregado a tempo inteiro <input type="checkbox"/> Empregado a tempo parcial <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Estudante a tempo inteiro <input type="checkbox"/> Estudante em part-time <input type="checkbox"/> outros _____	
Empregador do Paciente: _____		Endereço: _____ Telefone: _____	
Contacto de Emergência: Nome: _____ Endereço: _____			
Número de telefone(s): _____		Relação com o Paciente: _____	
Qual é o seu rendimento familiar? \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> B-Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Sem Rendimento			
Quantas pessoas (incluindo você) este rendimento apoia? _____			
Endereço de e-mail: _____			
Como descreveria a sua raça (verifique tudo o que se aplica) ? <input type="checkbox"/> Afro-americano (Preto) <input type="checkbox"/> Caucasiano <input type="checkbox"/> Nativo do Alasca/ Índio nativo-americano <input type="checkbox"/> Havaiano nativo <input type="checkbox"/> Outro/Ilha do Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático			Etnia: <input type="checkbox"/> Hispânico/Latino <input type="checkbox"/> Não-Hispânico/Latino
Língua primária: <input type="checkbox"/> Inglês <input type="checkbox"/> Espanhol <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Camboja <input type="checkbox"/> Língua gestual <input type="checkbox"/> Outros _____		Precisa de um intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Que farmácia você usa? (Nome, Endereço, Telefone): _____			
Como soube de nós? <input type="checkbox"/> Amigo/Parente <input type="checkbox"/> HealthHut <input type="checkbox"/> Televisão <input type="checkbox"/> Provedor/Agência Comunitária <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Outdoor Ad/Outdoor <input type="checkbox"/> Website/Intranet <input type="checkbox"/> Jornal <input type="checkbox"/> Outros _____			

*As seguintes informações serão utilizadas apenas para fins demográficos. Como, e se responder às perguntas não vai afetar os seus cuidados.*

<b>Estatuto de Veterano :</b> <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Não um veterano.	<b>Considera o seu trabalho:</b> <input type="checkbox"/> Trabalhos agrícolas migratórios <input type="checkbox"/> Temporada de trabalhos agrícolas <input type="checkbox"/> Nenhum destes	<b>Nos últimos 12 meses, tem vivido em habitações estáveis que possui, aluga ou fica como parte de uma casa?</b> <input type="checkbox"/> Sim, vivendo em uma habitação estável. <input type="checkbox"/> Não, não viver em habitação estável. <input type="checkbox"/> Rua (exterior, RV, carro, tenda, edifício vago, etc.) <input type="checkbox"/> Duplicação (partilha de um quarto, etc.) <input type="checkbox"/> Habitação Transitória (casa de grupo, etc.) <input type="checkbox"/> Abrigo para sem-tetos <input type="checkbox"/> Outros _____	
<b>Obrigatório para maiores de 18 anos+.</b>  <b>Opcional para idades entre os 12 e os 17 anos.</b>	<b>Qual foi o seu sexo atribuído à nascença ?</b> <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Outros _____	<b>Orientação Sexual</b> <b>Considera que se consideracomo:</b> <input type="checkbox"/> Hetero (Heterossexual) <input type="checkbox"/> Lésbica ou Gay <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Outra coisa _____ <input type="checkbox"/> Não sei	<b>Qual é a sua identidade de género actual?</b> <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Homem Transgénero (mulher a macho) <input type="checkbox"/> Mulher Transgénero (homem para mulher) <input type="checkbox"/> Queer/Não Binário de Género <input type="checkbox"/> Outra coisa.

**THUNDERMIST HEALTH CENTER**  
**Formulário de Consentimento do Paciente**

Preencha as informações abaixo e leia, escreva as suas iniciais e assine este formulário como indicado. Por favor, traga-o consigo para a sua primeira consulta no Thundermist. Se tiver alguma pergunta, por favor, faça-as à nossa equipa quando vier visitar-nos.

O SOBRENOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ PRIMEIRO NOME: \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_  
DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ #MR: \_\_\_\_\_  
Mês Dia Ano (apenas para uso de escritório)

---

---

**Consentimento para o Tratamento / Divulgação de Informação:**

Concordo com o tratamento por parte do pessoal da Thundermist de acordo com as suas políticas e direitos como paciente (refiro-me ao manual do paciente) Dou permissão à Thundermist para divulgar as minhas informações pessoais de saúde (ou dos meus dependentes) a terceiros, a fim de processar pedidos de pagamento e de divulgar as minhas informações pessoais de saúde a outros fornecedores, de acordo com as políticas da HIPAA, a fim de coordenar os meus cuidados de saúde.

Recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade da Thundermist de acordo com a lei da HIPAA. A política explica como o Thundermist usará as minhas informações pessoais de saúde e como manterá a confidencialidade das minhas informações pessoais de saúde.

**Direitos e Responsabilidades do Paciente:**

Sei que, como paciente, tenho direitos e responsabilidades. Estes Direitos e Responsabilidades do Paciente são publicados em todos os Centros de Saúde Thundermist e podem ser lidos on-line em [www.thundermisthealth.org](http://www.thundermisthealth.org). Sei que posso pedir ajuda ao pessoal se tiver alguma dúvida sobre estas políticas.

**Diretivas antecipadas ("Vontade Viva"):**

Tenho a opção de falar com o meu prestador de cuidados de saúde na Thundermist sobre os meus desejos sobre o fim dos cuidados de vida (às vezes chamados de vontade viva) em caso de doença grave ou lesão. O pessoal da Thundermist pode fornecer-me mais informações sobre a criação de um Documento De Diretiva Avançada.

Gostaria que mais informações sobre estas diretivas neste momento (círculo um): Sim No

(Se não quiser informação agora, sei que posso pedir esta informação a qualquer momento no futuro).

**Responsabilidade Financeira / Atribuição de Benefícios:**

Atribuo diretamente ao Centro de Saúde Thundermist todos os benefícios que me são devidos ao abrigo das minhas apólices de seguro e planos de benefícios para a saúde. Reconheço a responsabilidade financeira de todos os serviços prestados a mim ou ao meu dependente. Autorizo a utilização da minha assinatura (abaixo) em todas as submissões de seguros. Sei que sou responsável por todas as taxas e encargos, incluindo os que não estão cobertos pelo seguro.

*Li a informação acima, ou foi lida (e/ou traduzida para mim) e compreendo e concordo com as políticas acima referidas.*

\_\_\_\_\_  
Assinatura de Paciente, Pai, Guardião ou Representante

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
**IMPRIMA O SEU**

**Eu sou o:**

Paciente      Guardião/Representante legal do paciente  
(círculo um)

---

**Serviços Confidenciais adolescentes**

Os adolescentes podem evitar receber cuidados necessários para determinados problemas, a menos que saibam que podem ser tratados confidencialmente e os pais preferem que os seus filhos tenham um lugar para recorrer quando precisam de cuidados médicos. Os adolescentes, embora encorajados a comunicar com os seus pais, podem receber serviços confidenciais para testes e tratamentos de doenças sexualmente transmissíveis, testes de gravidez, aconselhamento de planeamento familiar e aconselhamento e aconselhamento de abuso de substâncias e encaminhamento. Compreendo que as informações relativas às condições acima referidas serão partilhadas se o adolescente concordar ou quando houver um risco grave para a saúde que exija a comunicação por parte da lei estatal ou federal.

\_\_\_\_\_  
Assinatura de Paciente, Pai, Guardião ou Representante

\_\_\_\_\_  
Data



Olá,

A Thundermist presta cuidados a todos os pacientes, independentemente dos seus recursos financeiros. Escrevemos-lhe para o lembrar do Programa de Desconto de Taxa Variável de Thundermist, que está disponível para todos os pacientes elegíveis, com ou sem seguro. O programa garante que todos os pacientes com seguro, sem seguro ou com seguro insuficiente possam receber cuidados sem entraves financeiros.

Para saber se é elegível para o programa, preencha o Formulário de Elegibilidade anexo a esta carta, assine-o eletronicamente e envie-o para nós por e-mail. Se optar por enviar por e-mail, envie para [medicalrecords@thundermisthealth.org](mailto:medicalrecords@thundermisthealth.org).

Embora sejamos obrigados a informá-lo sobre o Programa, não é obrigado a inscrever-se caso não queira. Se não quiser, basta marcar o campo no formulário que diz que não quer inscrever-se, assiná-lo eletronicamente e enviá-lo de volta para nós. Nota: Mesmo que tenha um seguro, pode ter direito a descontos em determinados co-pagamentos e outras taxas.

Se precisar de ajuda adicional para se candidatar ao Programa de Desconto por Taxa Variável ou se tiver mais perguntas, contacte-nos através do número 401-767-4100. Teremos todo o gosto em ajudá-lo. Poderá também encontrar informações adicionais no nosso website.

Com os melhores cumprimentos,

Thundermist Health Center

#### **WOONSOCKET**

*Medical*

450 Clinton St.  
Woonsocket, RI 02895

Phone: 401-767-4100

Fax: 401-235-6896

*Dental & WIC*

25 John A. Cummings Way  
Woonsocket, RI 02895

Dental Phone: 401-767-4161

Dental Fax: 401-767-5441

WIC Phone: 401-767-4109

WIC Fax: 401-235-6883

#### **WEST WARWICK**

*Medical*

186 Providence St.  
West Warwick, RI 02893

Phone: 401-615-2800

Fax: 401-615-2805

*Dental*

5 Washington St.  
West Warwick, RI 02893

Phone: 401-615-2804

Fax: 401-352-6248

#### **SOUTH COUNTY**

*Medical & Dental*

1 River St.  
Wakefield, RI 02879

Phone: 401-783-0523

Fax: 401-783-9448

Dental Phone: 401-783-5646

Dental Fax: 401-284-2081

*Pediatrics*

360 Kingstown Rd.  
Narragansett, RI 02882

Phone: 401-789-6492

Fax: 401-783-9448

Apenas para Uso Administrativo: isto é para um serviço dentário fase II? S N

Se sim - é necessário funcionários para recolher a verificação dos rendimentos.



### Formulário do Programa de Desconto de Taxa Móvel

Cuidaremos de si, mesmo que não possa pagar. Poderá ser elegível para descontos com base no rendimento e no tamanho da família. Os descontos estão disponíveis, mesmo que tenha seguro.

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento do Paciente: \_\_\_\_\_

1. Incluindo-se a si, qual é o tamanho da sua família? (Escreva abaixo)

\_\_\_\_\_

2. Qual é o rendimento anual total das pessoas incluídas na Pergunta nº 1 da sua família?

\$ \_\_\_\_\_  Semanalmente  Bi-semanalmente  Mensalmente  Anualmente

3. Por favor selecione 1 (uma) opção abaixo:

Eu certifico que a informação introduzida acima está correta tanto quanto é do meu conhecimento. Concordo em informar Thundermist se o tamanho da minha família ou os meus rendimentos mudarem. Entendo que as alterações ao tamanho da minha família ou rendimentos podem mudar se eu for elegível para o Programa de Desconto de Taxa Móvel Thundermist.

Não quero participar no Programa de Desconto de Taxa Móvel Thundermist.

---

Nome da Parte Responsável Impresso (Se não for o Paciente)

Data

---

Assinatura da Parte Responsável

Data

\*Tamanho da Família: Incluir a si próprio e outras pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção que vivam juntos. A família inclui também pessoas não relacionadas que vivem no mesmo agregado familiar e que são sustentadas por um membro da família ou que apoiam um membro da família. Os filhos adotivos não estão incluídos em Tamanho da Família.

**Centro de Saúde de Thundermist**  
Consentimento Informado para TeleVisit (Televisita)

Terei uma TeleVisit (Televisita) para avaliar e tratar o meu estado de saúde. O tratamento poderá ser limitado porque não estou na mesma sala que o meu prestador de cuidados de saúde.

Durante a minha TeleVisit (Televisita), eu compreendo:

- A. A TeleVisit (Televisita) é feita através de uma ligação de vídeo bidirecional segura. O prestador de cuidados de saúde do Centro de Saúde de Thundermist irá ver-me no ecrã e ouvir a minha voz. B. Pode realizar-se um exame físico.
  - C. Outros membros da minha equipa de cuidados de saúde podem estar presentes durante a minha visita.
  - D. Podem ser tiradas fotografias de mim, durante a TeleVisit (Televisita).
1. Posso fazer questões sobre a tecnologia TeleVisit (Televisita).
  2. Posso pedir que a TeleVisit (Televisita) seja interrompida a qualquer momento.
  3. Sei que há riscos potenciais com a utilização desta tecnologia. Estes riscos, incluem mas não apenas a:
    - Interrupção da ligação áudio/vídeo
    - Desconexão da ligação áudio/vídeo
    - Um áudio e/ou vídeo que não seja suficientemente claro/nítido para satisfazer as necessidades da visita

Se algum destes riscos ocorrer, a visita poderá ter de ser interrompida.

Ao assinar este consentimento, compreendo e concordo em cumprir com o seu conteúdo. Sou voluntário(a) para participar na TeleVisit (Televisita). Autorizo o Centro de Saúde de Thundermist e os seus prestadores de cuidados de saúde, clínicos e não clínicos da equipa envolvidos a avaliar e tratar o meu estado de saúde atual. Afirmando também que sou o(a) indivíduo que me represento(a) a mim próprio(a).

---

Nome do(a) Paciente

---

Data de Nascimento do(a) Paciente

---

Assinatura do(a) Paciente

---

Data

## Divulgação de Informação médica

---

### **Como é que posso obter uma cópia dos meus registos médicos?**

- Por favor, preencha o formulário de divulgação de informação médica. Deve preencher o formulário completamente.
  - Informação importante ao preencher o formulário:
    - o **Obtenção de Registos** - Está a solicitar a outro prestador de cuidados de saúde, que envie os registos para Thundermist
    - o **Divulgação de Registos** - Está a solicitar a Thundermist que envie os registos para uma instalação externa, um provedor de saúde, ou hospital. Deve também seleccionar esta opção se desejar uma cópia dos registos de Thundermist para si.
  - Introduza a informação da pessoa/instalação/estabelecimento para quem Thundermist deve contactar relativamente aos registos. (Deve incluir as informações de contacto corretas para permitir um processamento mais rápido)
  - Escolha a opção correta para recolher ou enviar os registos por e-mail.
  - Por favor, rubricar qual a informação sensível específica que gostaria de divulgar, caso exista no registo.
  - Recomendamos apenas o lançamento dos últimos dois anos de registos. Se forem necessárias mais informações, o seu fornecedor de cuidados de saúde irá pedir para solicitar registos adicionais.
  - **SE O FORMULÁRIO NÃO ESTIVER ASSINADO OU DATADO, É INVÁLIDO E NÃO SERÁ PROCESSADO.**
  - **Deve preencher um formulário para cada estabelecimento/instalação/fornecedor.**
- 

### **Tem questões sobre como preencher este formulário?**

A nossa equipa de Registos Médicos está aqui para o(a) ajudar com qualquer questão. Pode ligar para nós, através do seguinte número 401-767-4100, opção 6.

O nosso horário de funcionamento é das 8h00 às 16h30, de segunda a sexta-feira.

### **Sabia que o portal do paciente pode ajudá-lo(a) a obter as suas informações médicas mais rapidamente?**

Se não tiver uma conta no Portal do Paciente, pode fazer um pedido diretamente através de [Medicalrecords@thundermisthealth.org](mailto:Medicalrecords@thundermisthealth.org) ou ligue para nós através do seguinte número 401-767-4100, opção 6

### **Como enviar o formulário de volta para Thundermist?**

Por favor, utilize o seu método de comunicação preferido. Pode devolver o formulário via e-mail para [Medicalrecords@thundermisthealth.org](mailto:Medicalrecords@thundermisthealth.org), por fax para 401-235-6896 ou por correio para a seguinte morada: Medical Records Department, 25 John A. Cummings Way, Woonsocket, RI 02895\*

*(Se optar por enviar o formulário por e-mail utilizando o nosso endereço de e-mail listado acima, certifique-se de que fornece uma **foto ou imagem clara**. Se o formulário não **for legível**, não poderemos processar o seu pedido).*

## AUTORIZAÇÃO PARA OBTER/ACEDER A REGISTOS MÉDICOS E INFORMAÇÃO SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE

**1. INFORMAÇÃO DO PACIENTE:** Por favor, forneça-nos a sua informação ou a informação do seu filho/da sua filha. Uma pessoa por formulário.

Nome do Paciente \_\_\_\_\_ Número de Telefone/Telemóvel \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Autorizo por este meio: Centro de Saúde Thundermist**

**25 John A. Cummings way, Woonsocket, RI 02895 ATTN: Departamento de Registos Médicos  
 Telefone# 401-767-4100 Fax# 401-235-6896**

**2. Se marcar abaixo em OBTER, o que significa que estamos a OBTER os seus registos de outro médico OU se marcar abaixo em PERMITIR se permitir que o Thundermist possa ENVIAR os seus registos Thundermist a um médico/pessoa externa. Uma vez marcado, preencha a informação para assim ser possível, obter ou a divulgar a respetiva informação.**

**ESCOLHA UM:**

- Para OBTER-Obtenha registos de uma instalação externa  
 Para PERMITIR-Enviar registos a uma pessoa externa ou a si próprio

<input type="checkbox"/> Verifique AQUI se gostaria que divulgássemos o seu registo médico INTEIRO.	<b>OU</b>	<b>Permitir APENAS estes tipos de registos (verificar todos os que se aplicam):</b> <input type="checkbox"/> Médicos (inclui visitas de cuidados primários e visitas de Cuidados Convenientes) <input type="checkbox"/> Dentário <input type="checkbox"/> Tratamento de Saúde Mental <input type="checkbox"/> Uso e/ou Tratamento de Álcool/Drogas <input type="checkbox"/> Testes, Diagnóstico e/ou Tratamento do VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Testes, Diagnóstico e/ou Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis <input type="checkbox"/> Informação e/ou Cuidados Transgénero	<b>Especificar as datas de tratamento dos registos a serem divulgados:</b> Indique as datas de serviço que gostaria que obtivéssemos ou permitíssemos. (Nos últimos 2 anos é o que a maioria dos fornecedores procura, se forem necessárias mais informações, podemos sempre pedir datas adicionais de serviço. <input type="checkbox"/> Último Mês <input type="checkbox"/> Últimos Seis Meses <input type="checkbox"/> O Ano Passado <input type="checkbox"/> Últimos Dois Anos <input type="checkbox"/> TODOS <input type="checkbox"/> Outro (indicar as datas) _____
---	-----------	---	--

**3. Diga-nos a quem devemos obter os seus registos OU para quem quer que enviemos os seus registos:**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ FAX #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**\*\*Completar apenas esta seção se solicitar uma cópia dos seus registos médicos para si\*\***

**Gostaria de: (selecionar uma opção) \*Ter uma Cópia em Papel \*Cópia eletrónica enviada por correio eletrónico para mim**

Por favor, aguarde até 30 dias para processar. Se precisar dos seus registos mais cedo, ou se preferir um formato eletrónico alternativo, por favor peça. Ao fornecer o seu endereço de correio eletrónico, está a consentir que o seu registo lhe seja enviado por correio eletrónico e compreende que o correio eletrónico não encriptado pode não proteger a privacidade das suas informações de saúde.

**Endereço de correio eletrónico:** \_\_\_\_\_

**\*Taxas para os Registos:** Pode ser-lhe cobrada uma taxa nominal de acordo com a lei estatal para o processamento do seu registo médico. Esta taxa não excederá os \$25.00.

**4. PROPÓSITO-Diga-nos para que serve este pedido de registo: (marcar uma)**

- Uso pessoal     Assunto legal     Seguros     Tratamento por um(a) Especialista  
 Transferência dos meus cuidados devido a: Mudança Outro(s) ou Insatisfação com o serviço prestado (por favor, explique): \_\_\_\_\_

**5. ASSINAR A DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO ABAIXO:**

Entendo que posso revogar a minha autorização por escrito em qualquer altura, notificando o Centro de Saúde de Thundermist. Entendo que qualquer informação anterior previamente divulgada não estaria sujeita a este pedido de revogação. Entendo que os meus registos são processados ao abrigo do Regulamento Federal de Confidencialidade de Tratamento de Abuso de Álcool e Drogas (42 CFR, Parte 2) e/ou as Leis Gerais do Estado de Rhode Island e não pode ser divulgado sem a minha autorização por escrito, salvo disposição específica em contrário da lei. Entendo que qualquer revelação de informação traz consigo o potencial para a sua nova revelação pelo destinatário e que a informação não pode então ser protegida pela Regra Federal de Privacidade. Por conseguinte, liberto o Centro de Saúde de Thundermist, os seus funcionários e os meus médicos de toda a responsabilidade decorrente desta revelação das minhas informações de saúde. Entendo que posso recusar assinar esta autorização e que a minha recusa em assinar não afetará a minha capacidade de obter tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde, ou elegibilidade para benefícios. Li, e compreendi a declaração acima e autorizo voluntariamente a divulgação de informações como indicado neste formulário.

**A menos que seja revogada por escrito pelo paciente, esta autorização expirará quando o paciente já não for paciente.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Relação do Representante Legal com do Paciente

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Formulário de Recepção de Funcionários  
(Nome Impresso)

\_\_\_\_\_  
Telefone Ext.

\_\_\_\_\_  
Data

**\*\*\*APENAS PARA USO ADMINISTRATIVO\*\*\***

Obter o pedido enviado: \_\_\_\_\_ Iniciais \_\_\_\_\_

Registos lançados em: \_\_\_\_\_ Iniciais \_\_\_\_\_





## Formulário de Autorização para Debater

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_

### Autorização para Debate

Eu, abaixo assinado, autorizo o Centro de Saúde Thundermist a debater as minhas informações médicas e dentárias com:

Nome #1: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_

Telefone de Casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Telefone do Trabalho: \_\_\_\_\_

Nome #2: \_\_\_\_\_ Relacionamento: \_\_\_\_\_

Telefone de Casa: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ Telefone do Trabalho: \_\_\_\_\_

Compreendo que posso revogar esta autorização em qualquer altura através de uma declaração escrita ou verbal ao Thundermist. Compreendo que, em caso de revogação, a mesma se aplicará a todas as pessoas que constam no presente formulário.

Assinatura do Paciente/Responsável Legal: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_