

Formulário de autorização de PHI para gestão de atendimentos

A. Objetivo e uso deste formulário

O que é Informação de Saúde Protegida (PHI, sigla em inglês para Protected Health Information)?

PHI é qualquer informação sobre sua saúde que possa ser vinculada a você; inclui informações sobre a sua condição de saúde, seu histórico médico e de pagamento. BMC HealthNet Plan (o Plano) e BMC Health System, Inc. (o Sistema) devem manter a privacidade de sua PHI.

Compartilhando PHI

A legislação permite que o Plano compartilhe a maior parte de sua PHI, sem sua autorização, pelas seguintes razões:

- Para tratamento de saúde. Para ajudá-lo a obter o tratamento de que você precisa.
- Para pagamento de serviços de saúde. Para pagar ou ser pago pelos seus serviços de saúde e para processar as suas demandas.
- Para operações relativas à saúde. Incluindo a gestão ou coordenação de seu tratamento e a preservação de seus registros médicos.

O que este formulário faz?

O objetivo do formulário é obter a sua permissão, quando necessária, para compartilhar sua PHI internamente e com terceiros, para os fins associados ao seu tratamento. Para os fins deste formulário, “terceiros” pode incluir:

- Profissionais da saúde ainda não envolvidos com o seu tratamento. O Plano e o Sistema irão ajudá-lo a encontrar o tipo certo de profissional e marcar consultas.
- Empresas da comunidade que oferecem serviços que você pode precisar, como moradia ou alimentação.

Você pode escolher não dar o seu consentimento. Você também pode limitar o tipo de PHI que compartilhamos, e com quem. Sua decisão não afetará a sua inscrição no Plano.

B. PHI especial/sensível

Poderemos precisar de seu consentimento para compartilhar PHI sensível internamente ou com “terceiros”. Alguns tipos de PHI especial listados abaixo podem ser aplicáveis a você. Marque a caixa se você nos dá permissão para compartilhar. Depois, **marque suas iniciais**.

	Marcar	Inicial		Marcar	Inicial
Teste genético e resultados	<input type="checkbox"/>		HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	
Doenças sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/>				
O histórico de tratamento contra dependência de álcool/drogas (incluindo informações sobre demandas, identidade dos profissionais que realizam o tratamento, resultados laboratoriais e informações sobre diagnose e tratamento) pode ser compartilhado com os funcionários do Plano e do Sistema, e seus				<input type="checkbox"/>	

<p>contratados, subcontratados e representantes legais, meus gestores e coordenadores de tratamento, organizações comunitárias envolvidas no meu tratamento, e os profissionais que cuidam de mim e seus representantes, para os fins de coordenação e gestão dos cuidados e do tratamento.</p> <p>Eu compreendo que o meu histórico de tratamento contra dependência de álcool e/ou drogas está protegido segundo as normas federais que regem o Histórico de Confidencialidade e Uso de Substâncias do Paciente (Confidentiality and Substance Use Disorder Patient Records), 42 C.F.R. parte 2, e a lei de responsabilidade e portabilidade de planos de saúde (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 (a “HIPAA”), 45 C.F.R. partes 160 e 164, e não pode ser revelado sem o meu consentimento, por escrito, salvo se permitido por lei.</p> <p>Eu compreendo que, mediante solicitação, posso receber uma lista de entidades para as quais as minhas informações sobre tratamento contra dependência de álcool/drogas foram reveladas.</p>		
<p>C. Autorização para compartilhar PHI Nesta seção, você decide como quer que nós compartilhem sua PHI.</p>		
<p>Leia cada afirmativa abaixo. Escolha aquela com a qual concorda. E marque a caixa ao lado dela, e também suas iniciais.</p>	<p>Marcar</p>	<p>Inicial</p>
<p>Para os fins de gestão dos meus cuidados, eu dou permissão ao Plano e ao Sistema para compartilharem minha PHI, dentro do permitido por lei, com “terceiros” necessários para a prestação dos serviços.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Para os fins de gestão dos meus cuidados, eu dou permissão ao Plano e ao Sistema para compartilharem minha PHI somente com os seguintes terceiros necessários para a prestação dos serviços:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>—</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Eu não dou permissão ao Plano e ao Sistema para compartilharem minha PHI com os seguintes terceiros:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>—</p> <p><i>Eu compreendo que o Plano e/ou o Sistema não poderão coordenar determinados serviços para mim se não puderem compartilhar minha PHI. A sua decisão não afetará a sua inscrição, elegibilidade ou benefícios.</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Eu não dou permissão ao Plano e ao Sistema para compartilharem minha PHI com nenhum terceiro.</p> <p><i>Eu compreendo que o Plano e/ou o Sistema não poderão coordenar determinados serviços para mim se não puderem compartilhar minha PHI. A sua decisão não</i></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	

<i>afetará a sua inscrição, elegibilidade ou benefícios.</i>		
Instruções especiais: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	

D. Vencimento

Este formulário expira dois anos após eu ter deixado de ser um Membro do Plano. O consentimento permanecerá em vigor se eu sair e depois voltar a ser Membro do Plano dentro de dois anos. Você também pode cancelar a sua autorização a qualquer momento, bastando enviar notificação de revogação, por escrito, ou preencher e enviar o Formulário de [revogação de liberação de informações do Plano](#) para o endereço do Plano listado abaixo, ou por fax para 617-951-3426. Sua autorização para compartilhar sua PHI se encerra assim que o Plano receber e processar a sua revogação. Isto não se aplica a PHI que o Plano e/ou o Sistema já tenham compartilhado.

E. Aprovação

Você OU seu representante pessoal deve assinar e datar este formulário.

Assinatura do Membro: Ao assinar abaixo, eu autorizo consciente e voluntariamente que o Plano e o Sistema compartilhem minha PHI conforme indicado no formulário. Eu li e compreendo os termos da autorização. Eu pude fazer perguntas sobre este formulário e sobre o compartilhamento de minha PHI. *(Se tiver dúvidas sobre PHI ou este formulário, ligue para 866-853-5241.)*

Eu compreendo que, se as partes que autorizo na Seção C a receber e/ou usar minha PHI não estiverem sujeitas às leis federais de privacidade das informações de saúde, elas poderão divulgar minha PHI e ela não estará protegida pelas leis federais de privacidade das informações de saúde.

Um **representante pessoal** tem a autoridade legal de agir em seu nome. Seu representante pessoal deve ser indicado em um documento escrito **arquivado** junto ao Plano. Tal documento pode ser uma Ordem judicial, Procuração, documento de Tutela ou o Formulário de solicitação de indicação de [representante pessoal do Plano](#). Você pode incluir tal documentação junto a este formulário.

Assinatura do Membro / representante pessoal _____

Nome em letra de imprensa _____ Data _____

Número de ID do Membro _____ Data de nascimento do Membro _____

Você pode enviar este formulário por fax ou correio.

Fax: 617-951-3426

Correio: BMC HealthNet Plan
A/C: Care Management
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129