

Consent for Release of Information, Portuguese Translation
CONSENTIMENTO PARA LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES

EU, _____, NASCIDO EM _____,
(NOME DO PACIENTE) (DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE)

AUTORIZO _____ A
(NOME DO PROFISSIONAL OU CLÍNICA)

DIVULGAR PARA _____
(NOME E LOCALIZAÇÃO DA PESSOA/ORGANIZAÇÃO A RECEBER INFORMAÇÕES)

AS SEGUINTE(S) INFORMAÇÃO(ES): _____.

O OBJETIVO DESTA DIVULGAÇÃO É: _____.

ESTA AUTORIZAÇÃO EXPIRA EM: _____, OU

QUANDO _____ NÃO ME PRESTAR MAIS SERVIÇOS.

Entendo que meus registros são protegidos sob os regulamentos federais e não podem ser divulgados sem o meu consentimento por escrito, salvo disposição em contrário nos regulamentos. Eu também entendo que posso revogar esse consentimento a qualquer momento, exceto na medida em que a ação tiver sido tomada em dependência dele.

Assinatura do paciente _____ Datado _____

Assinatura da testemunha _____ Datado _____

ATENÇÃO DESTINATÁRIO:
Aviso proibindo a redivulgação

Esta informação foi divulgada a você dos registros protegidos por regras federais de confidencialidade (42 C.F.R. Parte 2). As regras federais proíbem de fazer qualquer divulgação adicional dessas informações, a menos que a divulgação mais aprofundada seja expressamente permitida pelo consentimento por escrito da pessoa a quem se refere, ou conforme permitido de outra forma pela 42 C.F.R. Parte 2. Uma autorização geral para a liberação de informações médicas ou de outras informações não é suficiente para essa finalidade. As regras federais restringem qualquer uso dessas informações para investigar criminalmente ou processar qualquer paciente de abuso de álcool ou medicamentos.