

**SOBRE O HEALTHINFONET E ESTE FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO**

**O que é o HealthInfoNet?** O HealthInfoNet é um sistema de computador seguro que reúne suas informações médicas de diferentes locais de atendimento médico em um prontuário eletrônico estadual. Seus provedores usam essas informações para tomar decisões melhores sobre o seu cuidado. Isso também pode ajudá-los a evitar erros, especialmente em casos de emergência. Seu prontuário de saúde inclui informações sobre seus medicamentos, alergias, resultados de exames e muito mais.

**Meus registros são privados e seguros?** O HealthInfoNet encripta todas as informações e usa conexões de computador seguras para receber e compartilhar suas informações médicas. Apenas aqueles envolvidos em seu cuidado podem acessar suas informações. Para saber mais sobre quem acessou seu prontuário do HealthInfoNet e quando o fizeram, você pode visitar <http://hinfonet.org/for-patients>. Observe que nenhum sistema é completamente seguro, mas o HealthInfoNet faz todo o esforço para manter seus registros seguros.

**O que significa esta "autorização"?** O Maine tem regras separadas sobre o compartilhamento de informações de saúde mental/HIV. Essas informações sensíveis são mantidas privadas, a menos que você escolha compartilhá-las em seu prontuário do HealthInfoNet. Você pode autorizar qualquer provedor a ver suas informações sensíveis em seu prontuário do HealthInfoNet a qualquer momento por meio de um consentimento verbal único. E, no caso de uma emergência médica, seus provedores terão acesso a elas. No entanto, ao preencher este formulário, suas informações médicas sensíveis também serão compartilhadas em seu prontuário do HealthInfoNet e estarão disponíveis para seus provedores não apenas uma vez e não apenas em caso de emergência médica. Sua escolha de compartilhar ou não compartilhar essas informações não afetará sua capacidade de receber atendimento médico.

**INSTRUÇÕES:**

- SE VOCÊ **NÃO QUER** COMPARTILHAR SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS SENSÍVEIS, **NÃO FAÇA NADA COM ESTE FORMULÁRIO.**
- SE VOCÊ **QUER** COMPARTILHAR SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS SENSÍVEIS, **POR FAVOR PREENCHA O FORMULÁRIO ABAIXO.**

**ANTES DE PREENCHER ESTE FORMULÁRIO, CONFIRME QUE VOCÊ JÁ ESTÁ COMPARTILHANDO INFORMAÇÕES MÉDICAS GERAIS COM O HEALTHINFONET.**

Se você deseja autorizar o compartilhamento de suas informações médicas sensíveis com o HealthInfoNet, preencha TODAS as seções do formulário a seguir e envie por correio para o HealthInfoNet, 60 Pineland Drive, Auburn Hall, Suite 305, New Gloucester, ME 04260, ou envie por fax para 207-541-9258.

Alternativamente, se você deseja preencher este formulário online, faça-o aqui: <https://map.hinfonet.org:8443/patientoptions/mhhivin>

**EU ESCOLHO COMPARTILHAR MINHAS INFORMAÇÕES MÉDICAS SENSÍVEIS COM O HEALTHINFONET**

Entendo que as informações a serem divulgadas podem conter informações sensíveis e que somente se eu marcar a caixa apropriada abaixo, autorizarei a divulgação do(s) tipo(s) especificado(s) de informações: informações de saúde mental e/ou HIV. Marque a caixa ao lado de sua(s) escolha(s):

**Informações de Saúde Mental** ☐ eu AUTORIZO a divulgação de qualquer informação relacionada à saúde mental

**Informações de HIV Information** ☐ eu AUTORIZO a divulgação de qualquer informação relacionada ao HIV

---

*Primeiro Nome**Nome do Meio**Sobrenome*

---

*Endereço**Cidade**Estado**CEP*☐ Masculino ☐ Feminino ☐ X

/

/

-

-

*Gênero**Data de nascimento (dd/mm/aaaa)**Número de Segurança Social (não obrigatório)*

---

*Número de Telefone (XXX-XXX-XXXX)**Endereço de E-mail*

**Ao assinar, entendo que minhas informações médicas sensíveis estarão disponíveis para os provedores que usam o HealthInfoNet.**

---

*Assinatura do Paciente/Responsável Legal**Data (dd/mm/aaaa)*