

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. Se você optou anteriormente por incluir suas informações médicas sensíveis em um prontuário do HealthInfoNet (ou seja, você se inscreveu), mas agora não deseja mais compartilhar suas informações com os provedores participantes do HealthInfoNet, você deve cancelar a inscrição deste serviço. Preencher este formulário impedirá que suas informações sensíveis de saúde fiquem disponíveis para seus provedores, a menos que você lhes dê um consentimento verbal único ou em caso de emergência médica. Para obter mais informações, você pode acessar nossos materiais de comunicação online: <http://hinfonet.org/for-patients>. Sua escolha de compartilhar ou não compartilhar essas informações não afetará sua capacidade de receber atendimento médico.

INSTRUÇÕES:

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

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/mhhivinout>

EU ESCOLHO NÃO COMPARTILHAR MINHAS INFORMAÇÕES MÉDICAS SENSÍVEIS COM O HEALTHINFONET

Entendo que eu escolhi anteriormente compartilhar minhas informações médicas sensíveis com o HealthInfoNet e que somente se eu marcar a caixa apropriada abaixo revogarei a divulgação anteriormente autorizada do(s) tipo(s) especificado(s) de informações: informações de saúde mental e/ou HIV. Se você decidir posteriormente que deseja incluir suas informações médicas sensíveis em um prontuário do HealthInfoNet, você pode preencher um formulário de "autorização" encontrado online: <http://hinfonet.org/for-patients>. Marque a caixa ao lado de sua(s) escolha(s):

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

Informações de HIV Information ☐ eu NÃO 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)*