

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

**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 "reautorização"?** "Se você anteriormente optou por não compartilhar suas informações médicas em um prontuário do HealthInfoNet (ou seja, você cancelou o compartilhamento), mas agora deseja compartilhar suas informações com os provedores participantes do HealthInfoNet, você deve se reinscrever (ou seja, revogar o cancelamento) para este serviço. Preencher este formulário permitirá que suas informações médicas gerais sejam compartilhadas novamente. Ao fazer isso, seu prontuário do HealthInfoNet começará a coletar informações médicas a partir da data deste formulário e continuamente. Para obter mais informações, você pode acessar nossos materiais de comunicação online: <http://hinfonet.org/for-patients>

**INSTRUÇÕES:**

- SE VOCÊ ANTERIORMENTE CANCELOU O COMPARTILHAMENTO E NÃO QUER VOLTAR A PARTILHAR SUAS INFORMAÇÕES, NÃO FAÇA NADA COM ESTE FORMULÁRIO.
- SE VOCÊ ANTERIORMENTE CANCELOU O COMPARTILHAMENTO E QUER VOLTAR A PARTILHAR SUAS INFORMAÇÕES, POR FAVOR PREENCHA O FORMULÁRIO ABAIXO.

Se você deseja reautorizar o compartilhamento de suas informações médicas gerais 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/optin>

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

|  |                                   |                                 |                    |  |     |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------|--|-----|
| Primeiro Nome  |                                   | Nome do Meio                    |                    | Sobrenome                                    |     |
| Endereço   |                                   | Cidade                          |                    | Estado                                       | CEP |
| <input type="checkbox"/> Masculino   | <input type="checkbox"/> Feminino | <input type="checkbox"/> 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 gerais estarão disponíveis para os provedores que usam o HealthInfoNet. |                                   |                                 |                    |  |     |
| Assinatura do Paciente/Responsável Legal   |                                   |                                 | Data (dd/mm/aaaa)  |  |     |