

Formulário de Inscrição CurrentCare For Me

_____ Nome próprio		_____ Primeiro apelido		_____ Apelido		_____ () -	
_____ Nome anterior						_____ Telefone*	
_____ Morada (sem caixa postal)						_____ Telemóvel*	
_____ Cidade/Vila	_____ Estado	_____ Código Postal	_____ Data de nascimento	_____ /_____ /_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Transgénero		_____ Género
_____ Endereço de e-mail (Obrigatório para visualizar a sua ficha)							

SIM! Eu quero aceder online aos meus próprios registos de saúde!**

Irá receber um e-mail de boas vindas com instruções sobre como ativar a conta.

Ao marcar a caixa 'SIM' irá criar uma conta CurrentCare for Me associada ao endereço de e-mail que indicou acima.

OBRIGATÓRIO: Por favor escolha apenas **UMA** das opções abaixo quanto a quem os dados podem ser divulgados:

- OPÇÃO #1: TODOS OS MEUS MÉDICOS, INCLUINDO SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E O MEU PLANO DE SAÚDE, CONFORME PERMITIDO POR LEI**
Autorizo todos e quaisquer prestadores / organizações de cuidados de saúde que me estejam a tratar atualmente ou no futuro ou que estejam envolvidos na coordenação dos meus cuidados de saúde e do meu plano de saúde a aceder, conforme permitido por lei, a todas e quaisquer informações de saúde através da CurrentCare.
- OPÇÃO #2: SÓ SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E O MEU PLANO DE SAÚDE, CONFORME PERMITIDO POR LEI**
Autorizo todos e quaisquer prestadores / organizações de cuidados de saúde que me estejam a tratar atualmente ou no futuro a aceder às minhas informações de saúde e ao meu plano de saúde através da CurrentCare, apenas em situações de emergência ou numa ocorrência não prevista de forma temporária.
- OPÇÃO #3: ALGUNS DOS MEUS MÉDICOS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E O MEU PLANO DE SAÚDE, CONFORME PERMITIDO POR LEI**
Autorizo os seguintes prestadores / organizações de cuidados de saúde a aceder às minhas informações de saúde através da CurrentCare e ao meu plano de saúde conforme permitido por lei. (Caso selecione esta opção, os prestadores/organizações de cuidados de saúde que escolher apenas serão autorizados a aceder às suas informações em situações de emergência. Por favor preencha as informações solicitadas abaixo.)

Se tiver selecionado a **OPÇÃO #3** acima, por favor preencha esta secção:

Nome do prestador/organização:

Morada do Prestador

Cidade

Estado

Código Postal

Nome do prestador/organização:

Morada do Prestador

Cidade

Estado

Código Postal

* Ao fornecer um número de telefone ao Rhode Island Quality Institute (RIQI) concorda que um representante do RIQI possa contactá-lo pelo número fornecido, possivelmente utilizando tecnologia automatizada (incluindo mensagens de texto/SMS) ou uma mensagem pré-gravada. O seu consentimento para contactá-lo pelo(s) número(s) de telefone fornecido(s) utilizando tecnologia automatizada ou mensagens pré-gravadas e mensagens de texto não é obrigatório para participar no CurrentCare.

** Para conceder o acesso online a outra pessoa, por favor preencha em separado o "CurrentCare for Me: Formulário de Nomeação." O acesso ao CurrentCare for Me apenas será autorizado a pessoas com 18 ou mais anos de idade.

Leia o acordo e complete a inscrição assinando em baixo:

Recebi o folheto que explica de que forma a CurrentCare ajuda a tornar a minha informação de saúde acessível através de uma rede informática para hospitais, lares de idosos, médicos, laboratórios e outros prestadores de cuidados de saúde que participam na CurrentCare. Pretendo que esta informação seja divulgada para apoiar os meus cuidados e tratamento. Se eu tiver perguntas, posso telefonar para a Linha de Informação CurrentCare: 1-888-858-4815 ou visite o sítio de internet: www.currentcareri.org.

Quero inscrever-me na CurrentCare. Compreendo que as informações de saúde estão protegidas ao abrigo das leis federais e regulamentos relativos à privacidade e ao abrigo das Leis Gerais do Estado de Rhode Island e que a legislação federal e do Estado de Rhode Island será seguida para o acesso, uso e divulgação das minhas informações de saúde. Compreendo que a minha

informação de saúde possa ser recolhida mas não cedida ou divulgada a terceiros sem o meu consentimento. Ao assinar este formulário, autorizo os prestadores de cuidados de saúde atuais e futuros e os planos de saúde em que participo atualmente e no futuro a fornecer as minhas informações de saúde à CurrentCare. Autorizo igualmente a CurrentCare a divulgar e a fornecer o acesso às minhas informações de saúde aos prestadores/às organizações e aos profissionais de cuidados de saúde que me estejam a tratar ou que estejam envolvidos na coordenação dos meus cuidados de saúde, que participem da CurrentCare e que eu tenha, desta forma, autorizado no verso deste formulário. Compreendo igualmente que ao assinar este formulário de autorização, o meu plano de saúde poderá aceder às minhas informações de saúde, como permitido por lei para gestão de cuidados e/ou fins de transmissão de medidas de qualidade.

Compreendo que ao assinar este formulário de autorização, estou a permitir a divulgação de e o acesso a todas as minhas informações de saúde, incluindo informações relativas ao abuso de álcool e de substâncias, saúde mental ou comportamental, VIH/SIDA, doenças genéticas ou testes, anemia falciforme e doenças sexualmente transmissíveis. Caso as informações de saúde a meu respeito incluam qualquer um destes tipos de informação, autorizo especificamente a divulgação de tal informação à CurrentCare e o acesso a tais informações por parte dos prestadores de cuidados de saúde e os profissionais autorizados listados no verso deste formulário, ou como permitido por lei. Tive a oportunidade de consultar a lista de organizações prestadoras de serviços que estão a aceder às informações de saúde na CurrentCare antes de dar o meu consentimento e assinar este formulário de inscrição, e compreendo que esta lista pode ser alterada à medida que novos prestadores sejam incluídos. Compreendo que posso aceder àquela lista em currentcareri.org para consultar os prestadores e as organizações que participam e que podem ter acesso, no futuro, à minha informação relativa ao uso de substâncias. Compreendo que estou autorizado a receber uma Lista de Divulgação das minhas informações relacionadas com o uso de substâncias fornecida à CurrentCare por um programa Parte 2 nos últimos dois anos, preenchendo um formulário de Pedido de Lista de Divulgação, o qual se encontra disponível em www.currentcareri.org.

Compreendo que os prestadores/as organizações/e os profissionais de cuidados de saúde que recebam ou acedam às minhas informações de saúde através da CurrentCare, de acordo com esta autorização, poderão divulgar esta informação aos prestadores/às organizações de cuidados de saúde ou planos de saúde que não participem na CurrentCare e / ou por motivos que não estejam relacionados com a coordenação dos meus cuidados de saúde e tratamento, se tal for permitido por lei. Estas informações de saúde poderão ser divulgadas a qualquer outra pessoa ou entidade que não seja um prestador de cuidados de saúde ou plano de saúde abrangido por leis federais e estaduais em matéria de vida privada, e por conseguinte deixam de estar protegidas por essas leis (tal como nos termos de uma citação). Exonero a CurrentCare de qualquer responsabilidade proveniente da divulgação das minhas informações de saúde por outros.

Decidi de forma voluntária inscrever-me na CurrentCare e compreendo que posso revogar esta autorização em qualquer altura, mediante o preenchimento e apresentação de um Formulário de Cancelamento da Inscrição à CurrentCare. Tal revogação, no entanto, não irá afetar as divulgações feitas ou os acessos à informação realizados durante o período no qual a minha autorização estava em vigor e não impedirá divulgações futuras dessa informação por parte de prestadores de cuidados de saúde e profissionais ou planos de saúde que tenham recebido a informação da CurrentCare nos termos da presente autorização antes da minha revogação.

Compreendo que esta autorização irá expirar após a minha morte ou quando e se a CurrentCare, ou sua(s) organização(ões) sucessora(s), deixar(em) de existir.

Se eu inscrever o meu filho menor de idade na CurrentCare, compreendo e concordo que enquanto o meu filho tiver entre 10 e 18 anos de idade, a CurrentCare não irá me revelar informação relativa a VIH/SIDA, doenças transmissíveis, abortos, abuso de substâncias ou planeamento familiar relativa ao meu filho. Compreendo e concordo igualmente que, se o meu filho tiver entre 16 e 18 anos, ou se o meu filho for casado e der o seu consentimento para receber tratamento de emergência ou cuidados cirúrgicos, a CurrentCare não me irá divulgar essa informação.

_____ / ____ / ____
Assinatura do Paciente ou do Representante Autorizado

Data

Nome do Paciente ou Representante Autorizado EM LETRA DE IMPRENSA

Relação com o Representante Autorizado:

- Progenitor
 Tutor Legal
 Procuração

Nome do Paciente:

Tem questões? Visite o nosso sítio de internet em currentcareri.org ou telefone para o 888-858-4815

PARA USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA — Esta secção não deve ser preenchida por pacientes ou representantes autorizados

Nome do Autenticador ou Notário EM LETRA DE IMPRENSA

Date