

<b>NOME DO DOENTE:</b>	
<b>MORADA DO DOENTE:</b>	
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b>	
<b>NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:</b>	
<b>ORGANIZAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE:</b>	

Solicito que a minha informação clínica respeitante aos meus cuidados de saúde e tratamentos seja acedida conforme disposto neste formulário. Posso optar por permitir, ou não, que a organização do prestador de cuidados anteriormente referida obtenha acesso aos meus registos clínicos através da organização de troca de informação clínica denominada NY Care Information Gateway. Se der o meu consentimento, os meus registos clínicos provenientes dos diferentes locais onde recebo cuidados de saúde podem ser acedidos utilizando uma rede informática de âmbito estadual. A NY Care Information Gateway é uma organização sem fins lucrativos que partilha informação sobre o estado de saúde das pessoas por via eletrónica e cumpre as normas de privacidade e segurança da HIPAA e a Lei do Estado de Nova Iorque. Para obter informação adicional, visite o website da NY Care Information Gateway em [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org).

É permitido aceder à minha informação em caso de emergência, exceto se eu preencher este formulário e assinalar a caixa nº. 3, na qual afirmo que nego consentimento *mesmo* numa situação de emergência médica.

**A opção tomada neste formulário NÃO afetará o meu acesso a cuidados de saúde. A opção tomada neste formulário NÃO permite às seguradoras de saúde terem acesso à minha informação com a finalidade de decidir se me será dada cobertura de seguro de saúde ou se as minhas despesas hospitalares serão pagas.**

<p><b>A minha opção de consentimento.</b> É assinalada UMA caixa à esquerda da opção escolhida. Posso preencher este formulário agora ou no futuro. Posso alterar a minha decisão a qualquer altura preenchendo um novo formulário.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>1. DOU CONSENTIMENTO</b> para que a organização do prestador de cuidados de saúde anteriormente referida aceda a TODA a minha informação clínica em formato eletrónico através da NY Care Information Gateway para prestar cuidados de saúde (incluindo cuidados em situação de emergência).</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>2. RECUSO CONSENTIMENTO, EXCETO NUMA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA MÉDICA,</b> à organização do prestador de cuidados anteriormente referida para que aceda à minha informação clínica em formato eletrónico através da NY Care Information Gateway.</p>
<p><input type="checkbox"/> <b>3. RECUSO CONSENTIMENTO</b> à organização do prestador de cuidados anteriormente referida para que aceda à minha informação clínica em formato eletrónico através da NY Care Information Gateway para qualquer finalidade, <b><i>mesmo numa situação de emergência médica.</i></b></p>

Se pretender negar consentimento a todas as organizações de prestadores de cuidados e planos de saúde que participam na NY Care Information Gateway para que acedam à minha informação clínica em formato eletrónico através da NY Care Information Gateway, posso fazê-lo visitando o website da NY Care Information Gateway em [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) ou contactando a NY Care Information Gateway através do número 718-334-5844.

As minhas dúvidas relativamente a este formulário foram esclarecidas e foi-me fornecida uma cópia do mesmo.

Assinatura do doente ou do seu representante legal	Data
Nome do representante legal em letra de imprensa (caso se aplique)	Relação do representante legal com o doente (caso se aplique)

## Detalhes sobre a informação acedida através da NY Care Information Gateway e o processo de consentimento:

- 1. Como a sua informação pode ser utilizada.** A sua informação clínica em formato eletrónico será utilizada **apenas** para os seguintes serviços de saúde:
  - **Tratamentos.** Proporcionar-lhe tratamento médico e serviços relacionados.
  - **Verificação de elegibilidade de seguro.** Verificar se tem seguro de saúde e o que este cobre.
  - **Atividades de gestão de cuidados.** Estes incluem o auxílio na obtenção de cuidados médicos adequados, melhoramento da qualidade dos serviços que lhe são prestados, coordenação da provisão de diversos serviços de saúde ou auxílio no seguimento de um plano de cuidados de saúde.
  - **Atividades de melhoria da qualidade.** Avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados a todos os doentes
- 2. Que tipo de informação é incluída a seu respeito.** Se der consentimento, a(s) organização(ões) do(s) prestador(es) de cuidados de saúde e/ou plano(s) de saúde indicado(s) podem aceder a TODA a sua informação clínica em formato eletrónico que se encontra disponível através da NY Care Information Gateway. Tal inclui informação criada antes e depois da data de assinatura deste formulário de consentimento. Os seus registos clínicos podem incluir uma história de patologias ou lesões que tenha sofrido (como diabetes ou fraturas ósseas), resultados de exames (como raios-X ou análises ao sangue) e uma lista de medicamentos que tenha tomado. Esta informação pode incluir delicadas condições de saúde, incluindo, entre outras:
  - Problemas de álcool e drogas
  - Contraceptivos e aborto (planeamento familiar)
  - Doenças genéticas (hereditárias) ou testes
  - VIH/SIDA
  - Doenças mentais
  - Doenças sexualmente transmissíveis

Se recebeu tratamento por abuso de álcool ou drogas, os seus registos podem incluir informações sobre os diagnósticos de abuso de álcool ou drogas, medicações e dosagens, testes laboratoriais, alergias, história sobre o uso de substâncias, história de traumas, altas hospitalares, emprego, condição social e apoios sociais e ainda história relativa a pedidos de reembolso de seguros de saúde.
- 3. Origem da sua informação clínica.** A sua informação clínica provém de locais que lhe tenham prestado cuidados de saúde ou fornecido seguros de saúde. Estes podem incluir hospitais, médicos, farmácias, laboratórios clínicos, seguradoras do ramo de saúde, o programa Medicaid e outras organizações que partilhem informação clínica por via eletrónica. Encontra-se disponível uma lista completa e atualizada na NY Care Information Gateway. Pode obter uma lista atualizada em qualquer altura, consultando o website da NY Care Information Gateway em [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org) ou ligando para o número 718-334-5844.
- 4. Quem pode aceder a informação a seu respeito, se der consentimento.** Apenas os médicos e outros colaboradores das organizações a quem der consentimento para acederem e que realizam atividades permitidas neste formulário, conforme descrito no parágrafo 1.
- 5. Acesso por parte de instituições públicas de saúde e organizações de colheita de órgãos.** As instituições de saúde públicas federais, estaduais ou locais e determinadas organizações de colheita de órgãos têm autorização para aceder a informação clínica, sem o consentimento do doente, para determinados fins de saúde pública ou de transplante de órgãos. Estas entidades podem aceder à sua informação através da NY Care Information Gateway para estes fins, independentemente de ter dado consentimento, de o ter negado ou de não ter preenchido um formulário de consentimento.
- 6. Penalizações por acesso ou utilização inadequada da sua informação.** Existem penalizações por acesso ou utilização inadequada da sua informação clínica em formato eletrónico. Se em qualquer altura suspeitar que alguém que não deveria ter visto nem obtido acesso a informação a seu respeito o fez, contacte a organização do prestador de cuidados ou visite o website da NY Care Information Gateway em [www.NYCIG.org](http://www.NYCIG.org), contacte o Departamento de Saúde do Estado de Nova Iorque através do número 518-474-4987 ou siga o processo de reclamação do Gabinete Federal de Direitos Cívicos na seguinte hiperligação: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/>.
- 7. Nova divulgação de informação.** Quaisquer organizações às quais tenha dado consentimento para aceder à sua informação clínica podem divulgar esta informação novamente, mas apenas dentro do limite aprovado pelas leis e regulamentos estaduais e federais. A informação relacionada com tratamentos de alcoolismos e drogas, ou informação confidencial relacionada com o VIH, apenas pode ser acedida e apenas pode ser novamente divulgada caso seja acompanhada pelas declarações necessárias relativas à proibição de nova divulgação.
- 8. Período de vigência.** Este formulário de consentimento permanecerá em vigor até ao momento em que alterar a sua opção de consentimento ou até que a NY Care Information Gateway deixe de funcionar (**ou até 50 anos após o seu falecimento, conforme a situação que ocorrer em primeiro lugar**). Se a NY Care Information Gateway se fundir com outra entidade qualificada, as suas opções de consentimento continuarão em vigor na entidade resultante da concentração.
- 9. Alterar a sua opção de consentimento.** Pode alterar a sua opção de consentimento em qualquer altura e para qualquer prestador de cuidados de saúde ou plano de saúde, enviando um novo formulário de consentimento onde constem a(s) nova(s) opção(ões). As organizações que tiverem acesso à sua informação clínica através da NY Care Information Gateway, enquanto o seu consentimento estiver em vigor, podem copiar ou incluir a sua informação nos seus registos clínicos. Mesmo que, mais tarde, decida alterar a sua decisão de consentimento, estas não são obrigadas a devolver a sua informação nem a retirá-la dos seus registos.
- 10. Cópia do formulário.** Tem direito a uma cópia deste Formulário de Consentimento.