



Formulário de Informações do Paciente

Por Favor Preencha Claramente

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: _____
Mês / Dia / Ano

Nome preferido: _____

Escreva qualquer nome(s) diferentes que tenha usado, tal como nome de solteiro: _____

Rua: _____ Caixa Postal: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone Primario: _____ Celular Casa Trabalho
(marque um) →

Telefone Secundario: _____ Celular Casa Trabalho
(marque um) →

Endereço de e-mail: _____

O autorizo Lamprey Health Care para comunicarse comigo mediante correio electrónico. Sim Não

Gênero atribuído no nascimento: Feminino Masculino

Estado Civil: Solteiro Casado Separado Divorciado Viúva Parceiro

Situação de emprego: Tempo Integral Parcial Desempregado Aposentado (Data) _____
Nome do Empregador: _____

Nome para contato de Emergência: _____

Telefone: _____ Relacionamento: _____

Para criança, por favor, preencha esta seção.

Pais ou o nome do Guardião #1: _____

Data de nascimento: _____ Relação com o paciente: _____
Mês / Dia / Ano

Endereço (se for diferente do paciente): _____

Pais ou o nome do Guardião #2: _____

Data de nascimento: _____ Relação com o paciente: _____
Mês / Dia / Ano

Endereço (se for diferente do paciente): _____

Informações do seguro de saúde

Por favor providencie seu cartão(ões) para que possamos fazer uma cópia

Nome do Portador da apólice: _____ Data de nascimento: _____

Nome do seguro: _____ ID # _____

Relação com o paciente: _____

Quem o seu seguro lista como sendo seu Medico de Atenção Básica: _____

Se você não tiver seguro, estiver preocupado que sua cobertura possa não ser suficiente ou estiver preocupado em como pagar por co-pagamentos/serviços, peça para falar com alguém sobre nossos programas de assistência financeira.



Nome Impresso do Pacient: Data de

Nascimento do Paciente:

Mês / Dia / Ano

CONSENTIMENTO GERAL PARA DIAGNÓSTICO AMBULATORIAL, CUIDADOS E TRATAMENTO

Em uma base contínua, solicito, consinto e autorizo Lamprey Health Care, Inc. para executar os procedimentos e testes de diagnósticos e terapêuticos e fornecer cuidados gerais e tratamento como determinado necessário e/ou ordenado por aqueles profissionais de saúde envolvidos nos meus cuidados. Isto inclui, mas não está limitado a, realização do exame físico e radiografias ou outros procedimentos de diagnósticos ou radiológicos, bem como a obtenção de sangue, tecidos, fluidos ou outras amostras corporais. Eu também consinto e autorizo Lamprey Health Care para examinar, e utilizar para os fins para os quais foram dadas, armazenar e descartar qualquer sangue, tecidos, fluidos ou amostras corporais em conformidade com os requisitos legais e procedimentos habituais. Eu entendo que posso perguntar aos meus prestadores de cuidados de saúde sobre meus cuidados, tratamento e procedimentos em qualquer momento e sinto-me encorajado a fazê-lo.

SERVIÇOS DE SAÚDE COMPORTAMENTAL

Lamprey Health Care fornece uma abordagem integrada da equipe de coordenação dos cuidados de saúde primários e comportamental. Como uma equipe integrada, todos os membros da equipe trabalham juntos melhorando a comunicação entre provedores através da partilha de informações em um prontuário e tomando decisão, bem como compartilhando a responsabilidade para o plano de cuidados do paciente. Serviços de saúde comportamental estão disponíveis para todos os indivíduos. Eu entendo que há profissionais de saúde em formação que podem estar envolvidos em meus cuidados e autorizo a sua participação na mesma sob supervisão adequada.

ACORDO DE RESPONSABILIDADE FINANCEIRA E ATRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS

Eu entendo que sou financeiramente responsável por todas as cobranças e contas associadas com meus cuidados e tratamento, excepto na medida em que todos ou parte desses encargos ou as contas são pagas ou cobertos pelo seguro de saúde, ou programa de saúde do governo (tais como o Medicare ou Medicaid), um programa de assistência financeira ou outro responsável pelo seu pagamento (todos os quais são referidos como "Contribuintes de terceiros"). Eu autorizo Lamprey Health Care apresentar as contas ou créditos e informações relacionadas sobre o meu estado de saúde, cuidados, tratamento e os pagamentos efetuados para meus cuidados e tratamento para qualquer contribuinte de terceiros aplicáveis e seus parceiros de negócios. Também autorizo tais terceiros contribuintes para fazer pagamentos diretos para cuidados de saúde de Lamprey em resposta a estas contas ou reivindicações.

CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO PARA USAR E DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE

Lamprey Health Care mantém registros em formulários eletrônicos e outros. Estes registros descrevem, entre outras coisas, meu passado e status de saúde atual, incluindo o diagnóstico de qualquer doença e condições, a natureza e resultados de exames e testes, tratamento fornecido e planos de cuidados ou tratamento. Além disso, esses registros incluem o faturamento, social e outras informações de identificação e podem incluir informações confidenciais, como resultados de testes genéticos, HIV/AIDS e o uso de álcool e drogas (tudo o que é referido como minha "informações de saúde"). Eu consinto e autorizo Lamprey Health Care e operações de saúde, quando necessário para meu tratamento, pagamento das minhas contas, ou as negócios de Lamprey Health Care liberar e trocar minhas informações de saúde com outros profissionais de saúde e organizações envolvidas sob meus cuidados e com sócios que Lamprey Health Care tenha contratado pelas mesmas razões. Eu entendo que quaisquer divulgações dessas informações de saúde podem ser usadas ou divulgadas novamente pelo destinatário nos registros e portanto não será mais protegida por leis federais de privacidade, como 42 CF2 parte 2. Eu entendo que minha recusa em consentir que meu registro seja divulgado para fins de pagamento pode resultar na recusa de serviços de saúde da Lamprey Health Care em me tratar.

QUALQUER DÚVIDA QUE EU TINHA SOBRE ESTE CONSENTIMENTO FORAM RESPONDIDAS. EU ENTENDO AS INFORMAÇÕES NESTE FORMULÁRIO E CONCORDO COM AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS ACIMA. ESTE CONSENTIMENTO DEVE PERMANECER EFICAZ ATÉ REVOGÁ-LO POR ESCRITO, O QUE POSSO FAZER A QUALQUER MOMENTO EXCETO NOS CASOS EM QUE A LAMPREY HEALTH CARE OU QUALQUER OUTRO DESTINÁRIO DAS INFORMAÇÕES DIVULGADAS JÁ TENHA PORVENTURA AGIDO COM BASE NAS MESMAS.

Assinado:

(Paciente ou Representante Autorizado)

Data:

Mês / Dia / Ano

Relação de representante autorizado:

(Por exemplo: pai, guardião legal ou agente de saúde)

SOMENTE MEDICARE

Solicito o pagamento dos benefícios de Medicare autorizados para mim ou em meu nome para quaisquer serviços oferecidos por Lamprey Health Care. Autorizo a qualquer titular de informações médicas sobre mim para liberar para Medicare e seus agentes, todas as informações necessárias para determinar esses benefícios ou prestações de serviços relacionadas. Se você tem Medicare, por favor, assine para confirmar que você leu e entendeu esta seção.

Assinado:

(Paciente ou Representante Autorizado)

Data:

Mês / Dia / Ano



Formulário de Informações do Paciente

Por Favor Preencha Claramente

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

Lamprey Health Care recebe ajuda financeira estadual e federal para apoiar os nossos serviços. Ocasionalmente, nós somos pedidos a dar um relatório sobre a situação financeira geral e a raça/etnia dos nossos pacientes. Sua ajuda para completar esta informação nos ajudará para futuras concessões de financiamento. **Toda a informação fornecida é confidencial.**

Obrigado por sua cooperação.

Raça: Escolha até duas opções que melhor se aplicam a você.

Etnia

Asiático Indiano	Outro ilhéu do Pacífico
Chinês	Guamês ou Chamorro
Filipino	Samoano
Japonês	Negro / Afro-americano
Coreano	Índio Americano/Nativo do Alasca
Vietnamita	Branco
Outros asiáticos	Mais de uma raça
Nativo havaiano	Prefere não informar

No hispano, latino, español
Mejicano
Puertoriqueno
Cubano
Otro origen hispano, latino, español.
Otro origen hispano, latino y español combinado

Comunicando-se com Você

Sim **Não**

O seu primeiro idioma é o inglês?
Se Não, qual a sua primeira língua?
Você necessita de interprete?
Você é Deficiente Auditivo?
Você precisa de interprete para
língua gem de sinais?

Orientação sexual

Qual é a sua orientação sexual?
Heterossexual
Lésbica, gay ou homossexual
Bissexual
Outros
Não sei
Prefere não divulgar

Pronome preferido

Ela/Dela
Ela/Deles
Ele/Dele
Ele/Deles
Eles/Eles
Otro

Você é ... (marque o que lhe aplica)

Estudante Tempo Integral
Veterano
Trabalhador sazonal
Estudante Parcial
Trabalhador migrante

Identidade de gênero

Qual é a sua identidade?
Masculino
Feminino
Transgender masculino para feminino
Transgender Feminino para masculino
Genderqueer
Categoria de gênero adicional ou outro
Prefere não divulgar

Como Você ouviu a nosso respeito?

Parente/Amigo
Hospital/Outro Provedor
Internet/Meios de Comunicação Sociais
Evento Comunitario
Agencia de Servicio Social
Outro:



Formulário de Informações do Paciente

Por Favor Preencha Claramente

INSTRUÇÕES DA GRADE DE RENDA

Passo 1: Olhe para coluna A e localize a linha que corresponde ao número de pessoas em sua casa, incluindo crianças. Se houver mais de 8 em sua casa, use a linha 8

Passo 2: Siga essa linha do outro lado até encontrar o nível de renda que melhor corresponde a sua família e **circule a media.**

Estimativa de renda

Tamanho família	A partir de-para	A partir de	Para	A partir de	Para	A partir de	Para	Acima
1	\$0- \$15,060	\$15,060.01	\$20,331.00	\$20,331.01	\$27,861.00	\$27,861.01	\$30,120.00	\$30,120.00
2	\$0- \$20,440	\$20,440.01	\$27,594.00	\$27,594.01	\$37,814.00	\$37,814.01	\$40,880.00	\$40,880.00
3	\$0- \$25,820	\$25,820.01	\$34,857.00	\$34,857.01	\$47,767.00	\$47,767.01	\$51,640.00	\$51,640.00
4	\$0- \$31,200	\$31,200.01	\$42,120.00	\$42,120.01	\$57,720.00	\$57,720.01	\$62,400.00	\$62,400.00
5	\$0- \$36,580	\$36,580.01	\$49,383.00	\$49,383.01	\$67,673.00	\$67,673.01	\$73,160.00	\$73,160.00
6	\$0- \$41,960	\$41,960.01	\$56,646.00	\$56,646.01	\$77,626.00	\$77,626.01	\$83,920.00	\$83,920.00
7	\$0- \$47,340	\$47,340.01	\$63,909.00	\$63,909.01	\$87,579.00	\$87,579.01	\$94,680.00	\$94,680.00
8+	\$0- \$52,720	\$52,720.01	\$71,172.00	\$71,172.01	\$97,532.00	\$97,532.01	\$105,440.00	\$105,440.00

Confira aqui se sua renda familiar está acima dos níveis enumerados.

Diretrizes de desconto da Lamprey Health Care 02/01/2024

Se necessário, solicite assistência no preenchimento deste formulário.

Lamprey Health Care recebe ajuda financeira estadual e federal para apoiar os nossos serviços. Ocasionalmente, nós somos pedidos a dar um relatório sobre a situação financeira geral e a raça/etnia dos nossos pacientes. Sua ajuda para completar esta informação nos ajudará para futurar concessão de financiamento. **Toda a informação fornecida é confidencial.**

Obrigado por sua cooperação.

SIGA-NOS





DIREITOS E RESPONSABILIDADES DO PACIENTE

ACESSO Você tem direito ao acesso igualitário à assistência médica básica independente de sua raça, cor, religião, sexo, orientação sexual, idade, nacionalidade, ou condição financeira. Você tem acesso garantido à assistência médica 24 horas e a atendimento de emergência.

PRIVACIDADE E SIGILO Você tem o direito à privacidade e sigilo exceto em casos de suspeita de abuso e ameaça à saúde pública quando a divulgação é permitida ou exigida pela lei. Você tem o direito de aceitar ou recusar a divulgação de seus dados médicos a qualquer pessoa exceto quando exigido pela lei ou por contrato com terceiros. Seu consentimento por escrito deve ser obtido antes de qualquer informação ser divulgada a qualquer parte fora do Lamprey Health Care.

INFORMAÇÃO Você será informado sobre seu estado de saúde e plano de tratamento. Você tem o direito de ver e examinar seus dados médicos a não ser em caso de contraindicação médica. Você é, em retorno, responsável por fornecer informações completas, corretas e pertinentes sobre sua saúde, estilo de vida e/ou doença atual.

CONSENTIMENTO Exceto em casos de emergência, quando você estiver incapacitado de tomar decisões e a necessidade de tratamento for urgente, você terá a oportunidade de discutir e solicitar informações relacionadas a procedimentos específicos e/ou tratamentos, os riscos envolvidos, o possível período de recuperação, as alternativas médicas razoáveis e os riscos e benefícios associados a cada alternativa.

SEGURANÇA Você tem o direito de esperar que o consultório e o ambiente do Lamprey Health Care sejam seguros. Você tem a responsabilidade de cuidar dos seus bens pessoais durante sua visita.

RESPEITO E DIGNIDADE Você será tratado com consideração, respeito e reconhecimento completo de sua dignidade, individualidade e necessidades religiosas e culturais, que incluem privacidade no tratamento e nos cuidados das suas necessidades pessoais. Nenhuma pessoa será discriminada por raça, cor, religião, sexo, orientação sexual, idade, nacionalidade ou condição financeira. Por sua vez, você tem a responsabilidade de mostrar igual respeito por nossos funcionários e ser gentil em suas comunicações, ser pontual ou nos informar quando não puder comparecer a uma consulta.

ENVOLVIMENTO NOS CUIDADOS Você tem o direito de participar do desenvolvimento do seu plano de tratamento. Você tem o direito de obter informações completas e corretas sobre seu diagnóstico, tratamento e prognóstico de acordo com o conhecimento dos prestadores de serviços de saúde envolvidos no seu tratamento.

COMENTÁRIOS E DÚVIDAS Nós te incentivamos a comunicar qualquer dúvida, reclamação ou comentário sobre qualquer aspecto da sua experiência no nosso centro. Isso pode ser feito pessoalmente, pelo telefone ou por escrito - informações abaixo. Nós asseguramos que cada dúvida, reclamação ou comentário será revisado pelo funcionário apropriado e terá a resposta oportuna quando da resolução do problema.

FATURAMENTO Se você estiver qualificado a participar programa de escala degressiva de taxas do Lamprey Health Care, que oferece descontos para pacientes a ou abaixo dos 200% das Diretrizes Federais da Pobreza, você tem o direito de solicitar e receber uma estimativa das cobranças por consultas e serviços planejados e uma estimativa da sua responsabilidade financeira por cada consulta. Você tem a responsabilidade de fazer co-pagamentos e pagar taxas nominais no momento da sua consulta.

QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVENDO CUIDADOS

Quando conflitos aparecerem durante a tomada de decisões sobre seu tratamento, você, sua família e companheiro(a) tem o direito de participar de uma consultoria ética com as partes relevantes, incluindo cuidadores, médicos e outros.

INSTRUÇÕES ANTECIPADAS Você tem o direito de fazer, revisar e modificar suas Instruções Antecipadas (Testamento em Vida e Procuração Permanente para Cuidados Médicos) para tratamento médico a qualquer momento. Você tem o direito de esperar que o Lamprey Health Care honre a intenção das suas instruções de acordo com o permitido pela lei e pelas políticas do Lamprey Health Care.

PESQUISA Quando atividades de pesquisa forem aprovadas pelo Conselho de Administração, você tem o direito de consentir ou recusar sua participação em qualquer estudo proposto. Se você escolher considerar sua participação, o estudo será completamente explicado para você antes de você assinar o formulário de consentimento.

Comentários Diretos e Dúvidas para:

Centro de Nashua, Rossy Lopez, Gerente Da Clínica

22 Prospect St., Nashua, NH 03060

(603) 883-1626

Centro de Newmarket, Cheryl Mosley, Gerente Da Clínica

207 So. Main St., Newmarket, NH 03857 (603) 659-3106

Centro de Raymond, Tara Quirke, Gerente Da Clínica

128 Route 27, Raymond, NH 03077 (603) 895-3351



AVISO DE PRÁTICAS DE PRIVACIDADE

Este aviso descreve como as informações de saúde sobre você podem ser usadas e divulgadas e como você pode obter acesso a essas informações. Por favor revise-o com atenção.

1. PRIVACIDADE DO PACIENTE

Proteger a privacidade do paciente é uma prioridade na Lamprey Health Care (LHC). Seguimos diretrizes federais e estaduais rigorosas para manter a confidencialidade das informações de saúde protegidas (PHI). Somos legalmente obrigados a manter a privacidade de suas PHI e a fornecer a você este aviso sobre nossas obrigações legais e práticas de privacidade, e a cumprir os termos deste Aviso ou de outro Aviso em vigor no momento do uso de suas informações.

2. COMO UTILIZAMOS SUAS INFORMAÇÕES MÉDICAS

Quando você visita a Lamprey Health Care, utilizamos suas informações de saúde para tratá-lo, obter pagamento pelos serviços e realizar operações comerciais normais conhecidas como operações de saúde. Não precisamos de sua permissão para compartilhar essas informações. Exemplos de como usamos suas informações incluem:

A. Tratamento: Utilizamos e divulgamos PHI para fornecer tratamento e outros serviços, por exemplo, para diagnosticar e tratar sua lesão ou doença. Além disso, nós ou um de nossos Associados Comerciais podemos contatá-lo para fornecer informações sobre alternativas de tratamento que podem interessá-lo. Podemos divulgar PHI a outros provedores envolvidos em seu tratamento. Também podemos usar e divulgar informações de saúde para lembrá-lo sobre compromissos e outros assuntos. Podemos contatá-lo por correio, telefone ou e-mail. Podemos deixar mensagens de voz no número de telefone que você nos fornecer e podemos responder ao seu e-mail.

B. Pagamento: Podemos usar e divulgar PHI para obter pagamento pelos serviços que lhe fornecemos. Por exemplo, para pagamento de sua seguradora de saúde ou de outra empresa que cubra os custos de sua assistência médica.

C. Operações de Saúde: Podemos usar e divulgar PHI para nossas operações de saúde, que incluem várias atividades que melhoram a qualidade e a eficácia de custos do atendimento que fornecemos a você. Por exemplo, podemos usar PHI para avaliar a qualidade e a competência de nossos médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde. Podemos divulgar PHI a nossos Diretores de Local, Diretor Médico e/ou Chefe de Serviços Clínicos para resolver queixas.

3. ASSOCIADOS COMERCIAIS

Às vezes, podemos divulgar PHI a organizações ou indivíduos que nos ajudam a realizar algumas operações de saúde. Por exemplo, temos um contrato de associado comercial com nossa empresa de armazenamento de registros e para serviços de destruição. Nossos acordos com esses "Associados Comerciais" garantem a proteção contínua da privacidade dessas informações de saúde protegidas.

4. INFORMAÇÕES QUE PODEMOS COMPARTILHAR SEM SUA PERMISSÃO POR ESCRITO

Em casos limitados, estamos autorizados ou obrigados a divulgar informações de saúde sem sua permissão por escrito. Essas situações estão descritas abaixo:

A. Divulgação a parentes, amigos próximos e outros cuidadores: Podemos usar ou divulgar certas PHI relevantes a um membro da família, outro parente, um amigo pessoal próximo ou qualquer outra pessoa identificada por você quando estiver presente ou disponível antes da divulgação. Se você se opuser a tais usos ou divulgações, notifique a Equipe Médica ou o Provedor. Se você não estiver presente, estiver incapacitado ou em uma circunstância de emergência, podemos exercer nosso julgamento profissional para determinar se uma divulgação é do seu interesse. Se divulgarmos informações, apenas compartilharemos informações diretamente relevantes para a participação da pessoa em seu atendimento médico ou no pagamento relacionado ao seu atendimento. Também podemos divulgar PHI para notificar (ou ajudar a notificar) essas pessoas sobre sua localização, condição geral ou falecimento. Se você se opuser a tais usos ou divulgações, notifique o Oficial de Privacidade.

B. Atividades de Saúde Pública: Podemos divulgar PHI para as seguintes atividades de saúde pública: (1) para relatar informações de saúde a autoridades de saúde pública com o objetivo de prevenir ou controlar doenças, lesões ou incapacidades; (2) para relatar abuso e negligência infantil a autoridades de saúde pública autorizadas por lei a receber tais relatórios; (3) para relatar informações sobre produtos e serviços sob a jurisdição da Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA; (4) para alertar uma pessoa que pode ter sido exposta a uma doença transmissível ou que pode estar em risco de contrair ou espalhar uma doença ou condição; e (5) para relatar informações ao seu empregador conforme exigido por leis que abordam doenças e lesões relacionadas ao trabalho ou vigilância médica no local de trabalho.

C. Vítimas de abuso, negligência ou violência doméstica: Se acreditarmos razoavelmente que você é uma vítima de abuso, negligência ou violência doméstica, podemos divulgar PHI a uma autoridade governamental, incluindo uma agência de serviços sociais ou de proteção, autorizada por lei a receber relatórios de tal abuso, negligência ou violência doméstica.

D. Atividades de supervisão da saúde: Podemos divulgar PHI a agências de supervisão do governo para atividades autorizadas por lei, incluindo, por exemplo, auditorias, investigações, inspeções e licenciamento.

E. Processos judiciais e administrativos: Podemos divulgar PHI no curso de um processo judicial ou administrativo em resposta a uma ordem legal ou outro processo legal.

F. Funcionários da lei: Podemos divulgar PHI à polícia ou outros funcionários da lei conforme exigido ou permitido por lei ou em conformidade com uma ordem judicial ou uma intimação de grande júri ou administrativa.

G. Falecidos: Podemos divulgar PHI a um legista ou médico legista ou diretor de funerária conforme autorizado por lei.

H. Obtenção de órgãos e tecidos: Podemos divulgar PHI a organizações que facilitam a obtenção, armazenamento ou transplante de órgãos, olhos ou tecidos.

I. Pesquisa: Podemos usar ou divulgar PHI sem seu consentimento ou autorização se um Comitê de Revisão Institucional/Comitê de Privacidade aprovar uma isenção de autorização para divulgação.

J. Saúde ou segurança: Podemos usar ou divulgar PHI para prevenir ou diminuir uma ameaça grave e iminente à saúde ou segurança de uma pessoa ou do público.

K. Funções governamentais especializadas: Podemos usar ou divulgar PHI para unidades do governo com funções especiais, como o Exército dos EUA ou o Departamento de Estado dos EUA, para agências de Segurança Nacional e Inteligência e para serviços de proteção do Presidente e outros.

L. Compensação de trabalhadores: Podemos divulgar PHI conforme autorizado e na medida necessária para cumprir leis relacionadas à compensação de trabalhadores ou outros programas semelhantes.

M. Conforme exigido pela lei: Podemos usar e divulgar PHI quando exigido por qualquer outra lei não mencionada nas categorias anteriores.

N. Captação de recursos: Podemos contatá-lo para fins de captação de recursos; no entanto, você tem o direito de optar por não receber esse tipo de comunicação.

5. USOS E DIVULGAÇÕES QUE REQUEREM SUA PERMISSÃO POR ESCRITO

A. Uso ou divulgação com sua autorização: Para qualquer propósito diferente dos descritos na Seção 4, só usaremos ou divulgaremos sua PHI quando você nos der sua permissão por escrito. A divulgação de PHI para fins de marketing e a venda de PHI requerem sua permissão por escrito.

B. Usos e divulgações de suas informações altamente confidenciais: As leis federais e estaduais exigem consentimento especial para a divulgação de certas informações sensíveis sobre você, incluindo: tratamento de abuso de drogas e álcool, tratamento psiquiátrico, testes de HIV/AIDS, testes de doenças sexualmente transmissíveis e testes genéticos.

6. DIREITOS DE SUAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE

A. Direito de solicitar restrições: Você tem o direito de pedir que limitemos como usamos ou divulgamos sua PHI. Você também pode ter o direito de solicitar um limite nas informações de saúde que divulgamos sobre você para alguém que esteja envolvido em seu atendimento ou no pagamento de sua assistência. Somos obrigados a aceitar sua solicitação apenas se: (1) exceto conforme exigido por lei, a divulgação for ao seu plano de saúde e o propósito estiver relacionado ao pagamento ou operações de saúde (e não a fins de tratamento), e (2) suas informações se referirem exclusivamente a serviços de saúde pelos quais você pagou integralmente. Para outras solicitações, não somos obrigados a aceitar sua solicitação. Se aceitarmos, cumprimos sua solicitação, a menos que a informação seja necessária para fornecer tratamento de emergência.

B. Direito de receber comunicações confidenciais: Você pode solicitar, e nós acomodaremos, qualquer solicitação escrita razoável para que receba PHI por meios de comunicação alternativos ou em locais alternativos.

C. Direito de inspecionar e copiar suas informações de saúde: Você pode solicitar acesso aos seus registros médicos e de faturamento mantidos por nós para inspecionar e solicitar cópias dos registros, inclusive em formato eletrônico. Todas as solicitações de acesso devem ser feitas por escrito. Em circunstâncias limitadas, podemos negar seu acesso aos seus registros. Se desejar acesso aos seus registros, obtenha um formulário de solicitação de registro. Permita 30 dias para solicitações de registro e 60 dias para emenda de registro. Se solicitar cópias, pode ser cobrada uma taxa conforme permitido pela lei de New Hampshire RSA 332-I:1 sobre Registros Médicos.

D. Direito de revogar sua autorização: Você pode revogar sua autorização, exceto na medida em que tenhamos agido com base nela, entregando uma declaração de revogação por escrito ao Oficial de Privacidade.

E. Direito de emendar seus registros: Você tem o direito de solicitar que emendemos a PHI mantida em seus registros médicos e de faturamento. Se desejar emendar seus registros, obtenha um formulário de solicitação de emenda no Departamento de Registros Médicos. Todas as solicitações de emendas devem ser feitas por escrito. Revisaremos sua solicitação para emendar sua PHI e responderemos dentro de 60 dias.

F. Direito de receber um relatório de divulgações: A solicitação por escrito pode permitir que você obtenha um relatório de certas divulgações de PHI dos seis anos anteriores.

G. Direito de receber uma cópia em papel deste aviso: A solicitação por escrito pode permitir que você obtenha uma cópia em papel deste aviso, mesmo que tenha concordado em receber tal aviso eletronicamente.

H. Direito a notificação de violação: Somos obrigados pela lei federal a notificá-lo sobre uma violação de sua PHI. Esta notificação será enviada a você por escrito e descreverá os detalhes da violação. Este aviso também conterá informações de contato para que você possa fazer perguntas sobre a violação.

7. MAIS INFORMAÇÕES: RECLAMAÇÕES

Se você desejar mais informações sobre seus direitos de privacidade, estiver preocupado que tenhamos violado seus direitos de privacidade ou discordar de uma decisão que tomamos sobre o acesso à sua PHI, pode entrar em contato com nosso Oficial de Privacidade. Você também pode enviar uma reclamação por escrito ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. O Oficial de Privacidade pode fornecer o endereço mediante solicitação. Não o discriminaremos por apresentar uma reclamação.

DATA DE VIGÊNCIA

Este aviso é efetivo a partir de 14 de abril de 2003.

Atualizado em setembro de 2013.

Atualizado em 28 de junho de 2016.

Atualizado em 10 de julho de 2019.

Atualizado em 27 de novembro de 2024.

8. DIREITO DE MUDAR OS TERMOS DESTES AVISOS

Podemos alterar os termos deste aviso a qualquer momento. Se alterarmos este aviso, podemos fazer com que os novos termos sejam efetivos para toda a PHI que mantemos, incluindo qualquer informação criada ou recebida antes de emitirmos o novo aviso. Se alterarmos este aviso, publicaremos o aviso revisado nas áreas de espera da prática e em nosso site em <https://www.lampreyhealth.org>. Você também pode obter quaisquer avisos revisados entrando em contato com o Oficial de Privacidade.

OFICIAL DE PRIVACIDADE

Você pode entrar em contato com o Oficial de Privacidade em:

207 South Main Street

Newmarket, NH 03857

Tel. (603) 244-7307

Uma cópia deste Aviso de Práticas de Privacidade está localizada em <https://www.lampreyhealth.org> na seção intitulada Recursos para Pacientes - Políticas do Centro de Saúde.

Reconhecimento do Aviso de Práticas de Privacidade

Reconhecimento

Reconheço que me foi oferecida a oportunidade de analisar e receber uma cópia do Aviso de Privacidade Práticas, que explica como minhas informações médicas serão usadas e divulgadas.

Consentimento e Autorização

Pelo presente consinto e autorizo a Lamprey Health Care a divulgar todas as informações contidas nos meus dados financeiros, registros médicos e de contato, incluindo diagnósticos e resultados de testes, para minha seguradora ou plano de saúde, seus agentes e contratados independentes, a parceiros comerciais terceirizados que fornecem bens ou serviços a este escritório, onde tais bens/serviços exigem acesso a tais informações, ou a qualquer outra pessoa ou entidade que seja responsável por pagar ou processar o pagamento de qualquer parte da minha fatura, para fins de administração, faturamento e gerenciamento de qualidade e risco. Este consentimento se aplica a todos os registros criados durante e relativos ao meu tratamento e para efeitos de reembolso do tratamento.

Direito de rescindir ou revogar autorização

- Entendo que tenho o direito de revogar esta autorização por escrito a qualquer momento.
- Entendo que a revogação NÃO se aplicará a informações que já foram divulgadas.
- As informações utilizadas ou divulgadas de acordo com a autorização podem estar sujeitas a nova divulgação pelo destinatário e não está mais protegido. Entendo que esta autorização expirará dentro de um ano a partir de hoje.
- Posso solicitar a inspeção ou cópia de qualquer informação usada ou divulgada sob este contrato.

Aceitação de práticas de privacidade

Inicialize aqui* _____

Li o texto acima e autorizo a divulgação das informações de saúde protegidas conforme indicado.

Seu Relacionamento com o paciente? _____