

## A. Objetivo e uso deste formulário

### O que é Informação de Saúde Protegida (PHI, sigla em inglês para Protected Health Information)?

PHI é qualquer informação sobre sua saúde que possa ser vinculada a você; inclui informações sobre a sua condição de saúde, seu histórico médico e de pagamento. A WellSense Health Plan deve manter sua PHI privada.

#### Compartilhando PHI:

A legislação permite que a WellSense compartilhe sua PHI, sem sua autorização, pelas seguintes razões:

- Para tratamento de saúde. Para ajudá-lo a obter o tratamento de que você precisa.
- Para pagamento de serviços de saúde. Para pagar ou ser pago pelos seus serviços de saúde e para processar as suas demandas.
- Para operações relativas à saúde. Incluindo a gestão ou coordenação de seu tratamento e a preservação de seus registros médicos.

### O que este formulário faz?

O objetivo do formulário é obter a sua permissão para compartilhar sua PHI com terceiros, para os fins associados ao seu tratamento. Para os fins deste formulário, "terceiros" pode incluir:

- Profissionais da saúde ainda não envolvidos com o seu tratamento. A WellSense irá ajudá-lo a encontrar o tipo certo de profissional e marcar consultas.
- Empresas da comunidade que oferecem serviços que você pode precisar, como moradia ou alimentação.

Você pode escolher não dar o seu consentimento. Você também pode limitar o tipo de PHI que compartilhamos, e com quem. Sua decisão não afetará sua inscrição na WellSense, a elegibilidade para benefícios nem o pagamento da WellSense por serviços de saúde que você recebe.

A WellSense é uma organização de cuidados gerenciados, não um provedor de serviços médicos. A WellSense não oferece tratamento médico. Os pedidos de prontuários médicos devem ser dirigidos ao(s) seu(s) médico(s).

## B. PHI especial/sensível

Precisamos de seu consentimento para compartilhar PHI sensível com "terceiros". Alguns tipos de PHI especial listados abaixo podem ser aplicáveis a você. Marque a caixa se você nos dá permissão para compartilhar. Depois, **marque suas iniciais**.

**Marque todas as opções aplicáveis**

	<b>Marcar</b>	<b>Inicial</b>		<b>Marcar</b>	<b>Inicial</b>
Aborto	<input type="checkbox"/>		HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	
Cuidados/tratamento de menor grávida	<input type="checkbox"/>		Resultados de mamografia	<input type="checkbox"/>	
Violência doméstica	<input type="checkbox"/>		Saúde comportamental/mental	<input type="checkbox"/>	
Planejamento familiar	<input type="checkbox"/>		Agressão sexual	<input type="checkbox"/>	
Teste genético e resultados	<input type="checkbox"/>		Doenças sexualmente transmissíveis	<input type="checkbox"/>	
Uso de substâncias/álcool				<input type="checkbox"/>	
De acordo com as Regras Federais de Confidencialidade, 42 CFR, Parte 2, seu histórico de uso de substâncias e uso de álcool não pode ser compartilhado sem sua permissão por escrito. Você pode cancelar sua autorização a qualquer momento, por escrito, por fax ou por telefone.					

**C. Autorização para compartilhar PHI Nesta seção, você decide como quer que nós compartilhemos sua PHI.**

	<b>Marcar</b>	<b>Inicial</b>
Leia cada afirmativa abaixo. Escolha aquela com a qual concorda. E marque a caixa ao lado dela, <b>e também suas iniciais.</b>		
Para os fins de gestão dos meus cuidados, eu dou permissão à WellSense para compartilhar minha PHI com "terceiros" necessários para a prestação dos serviços.	<input type="checkbox"/>	
Para os fins de gestão dos meus cuidados, eu dou permissão à WellSense para compartilhar minha PHI somente com o seguinte terceiro necessário para a prestação dos serviços: _____ _____	<input type="checkbox"/>	
Eu <b>não</b> dou permissão à Health Plan para compartilhar minha PHI com o seguinte terceiro: _____ _____	<input type="checkbox"/>	
Eu compreendo que a WellSense não poderá coordenar determinados serviços para		

mim se não puder compartilhar minha PHI. A sua decisão não afetará a sua inscrição, elegibilidade ou benefícios.

Eu **não** dou permissão à WellSense para compartilhar minha PHI com nenhum terceiro.

Eu compreendo que a WellSense não poderá coordenar determinados serviços para mim se não puder compartilhar minha PHI. A sua decisão não afetará a sua inscrição, elegibilidade ou benefícios.

Instruções especiais: \_\_\_\_\_

#### D. Vencimento

Este formulário permanece em vigor até que você não seja mais membro da WellSense. Você também pode cancelar a sua autorização a qualquer momento, bastando enviar notificação de revogação, por escrito, ou preencher e enviar o [Formulário de revogação de liberação de informações](#) da WellSense para o endereço da WellSense listado abaixo, ou por fax para 617-951-3426. Sua autorização para compartilhar sua PHI se encerra assim que a WellSense receber e processar a sua revogação. Isto não se aplica a PHI que a WellSense já tenha compartilhado.

#### E. Aprovação: Você OU seu representante pessoal deve assinar e datar este formulário.

**Assinatura do Membro:** Ao assinar abaixo, eu autorizo consciente e voluntariamente que a WellSense compartilhe minha PHI conforme indicado no formulário. Eu li e compreendo os termos da autorização. Eu pude fazer perguntas sobre este formulário e sobre o compartilhamento de minha PHI.

(Se tiver dúvidas sobre PHI ou este formulário, ligue para 866-853-5241.)

Eu compreendo que, se os terceiros que autorizo na Seção C a receber e/ou usar minha PHI não estiverem sujeitos às leis federais de privacidade das informações de saúde, eles poderão divulgar minha PHI e ela não estará protegida pelas leis federais de privacidade das informações de saúde.

Um **representante pessoal** tem a autoridade legal de agir em seu nome. Seu representante pessoal deve ser indicado em um documento escrito **arquivado** junto à WellSense. Tal documento pode ser uma Ordem judicial, Procuração, documento de Tutela ou o Formulário de [indicação de representante pessoal](#) da WellSense. Você pode incluir tal documentação junto a este formulário.

Assinatura do Membro / representante pessoal \_\_\_\_\_

Nome em letra de imprensa \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Você pode enviar este formulário por fax ou correio.

**Fax:**

617-951-3426

**Correio:**

WellSense Health Plan  
A/C: Care Management  
529 Main Street, Suite 500  
Charlestown, MA 02129