



LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

# BAYFRONT HEALTH

St. Petersburg

**PEDIDO DO PACIENTE POR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (REGISTROS MÉDICOS)**  
**PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)**

INFORMAÇÃO DO PACIENTE:				
Primeiro nome:		Inicial do nome do meio:	Sobrenome:	
Data de nascimento:	Telefone:		E-mail:	
Endereço:		Cidade:	Estado:	Código postal:

DE ONDE VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO OS REGISTROS?	
<input type="checkbox"/> <b>REGISTROS DO HOSPITAL</b> (marque as caixas apropriadas) <b>Bayfront Health St. Petersburg</b> 701 6 <sup>th</sup> St. South, St. Petersburg, FL 33701	<input type="checkbox"/> <b>REGISTROS DO CONSULTÓRIO MÉDICO: Bayfront Health Medical Group</b> Nome do médico/consultório: _____ Endereço: _____ Telefone: _____

PARA QUEM VOCÊ DESEJA ENVIAR OS REGISTROS?	
A Bayfront Health deve fornecer meus registros a: <input type="checkbox"/> <b>Você mesmo</b> -OU- <input type="checkbox"/> <b>Representante pessoal</b> -OU- <input type="checkbox"/> <b>Terceiro</b> (indicado abaixo)	
Nome do receptor (se não for você mesmo):	Telefone:
	Fax (apenas instalações médicas):
Endereço ou e-mail do destinatário:	

QUE REGISTROS VOCÊ ESTÁ SOLICITANDO?		
Data(s) do serviço: ____/____/____ a ____/____/____		
<input type="checkbox"/> Resumo (todas as observações e resultados de diagnóstico) <input type="checkbox"/> Observações de consulta <input type="checkbox"/> Resumo da alta <input type="checkbox"/> Observações da sala de emergência <input type="checkbox"/> Outro (por favor, especifique): _____	<input type="checkbox"/> Histórico e observações físicas <input type="checkbox"/> Observações de progresso <input type="checkbox"/> Observações operacionais/procedimento <input type="checkbox"/> Observações da terapia	<input type="checkbox"/> Resultados laboratoriais <input type="checkbox"/> Resultados da patologia <input type="checkbox"/> Relatório de radiologia (TC, ressonância magnética, raio-x, etc) <input type="checkbox"/> Imagens de radiologia (DICOM - CD/DVD)
Eu entendo que as informações protegidas de saúde especificadas acima podem incluir saúde mental, abuso de substâncias (por exemplo, drogas, álcool), informações sobre o estado de HIV/AIDS, registros de diagnóstico e tratamento.		

COMO VOCÊ DESEJA QUE OS REGISTROS SEJAM ENTREGUES?		
<b>Entrega eletrônica:</b> <input type="checkbox"/> MyChart (Portal do Paciente) <input type="checkbox"/> E-mail seguro (criptografado, limites de tamanho) <input type="checkbox"/> Fax (apenas instalações médicas)	<b>Entrega por correio:</b> <input type="checkbox"/> Papel (podem ser aplicadas taxas) <input type="checkbox"/> Eletrônico (CD/DVD)	<b>Retirada pessoalmente:</b> <input type="checkbox"/> Papel (podem ser aplicadas taxas) <input type="checkbox"/> Eletrônico (CD/DVD) <i>Coleta em: 701 6th South – Departamento de Registros Médicos</i>

ESCREVA SEU NOME DE FORMA LEGÍVEL E ASSINE ABAIXO		
Nome do paciente ou responsável/representante pessoal (legível):	Relacionamento com o paciente (legível):	
Assinatura do paciente ou responsável/representante pessoal:	Data/hora:	Data de expiração (opcional):

ENVIAR FORMULÁRIO PREENCHIDO PARA:	
<b>Entrega/Correio:</b> Bayfront Health St. Petersburg Release of Information 701 6 <sup>th</sup> St. South, St Petersburg, FL 33701	<b>Fax:</b> (727) 893-6932 <b>E-mail:</b> medicalrecords@bayfrontstpete.com <b>Telefone (Atendimento ao cliente):</b> (727) 893-6705



# BAYFRONT HEALTH

St. Petersburg

**PEDIDO DO PACIENTE POR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (REGISTROS MÉDICOS)**  
**PATIENT REQUEST FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (MEDICAL RECORDS)**

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

## EXPLICAÇÃO DO FORMULÁRIO

Leis e regulamentos exigem que algumas fontes de informações pessoais tenham uma autorização assinada ou um formulário de permissão antes de divulgá-las. Além disso, algumas leis exigem autorização específica para a liberação de informações sobre certas condições e de fontes educacionais.

Ao assinar este formulário:

- Você entende que esta autorização se estende a todos ou qualquer parte dos registros designados acima, que podem incluir informações psiquiátricas e / ou aconselhamento/teste genético e/ou abuso de álcool/drogas e/ou AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), e/ou pode incluir o resultado de um teste de HIV ou o fato de que um teste de HIV foi realizado. Você consentiu expressamente com a divulgação dessas informações conforme designado acima ou de outra forma conforme exigido por lei.
- Você entende que a autorização expirará na data especificada na Data de Vencimento. Se você não especificar um evento ou condição de expiração, a autorização expirará em um ano a partir da data de assinatura.
- Você entende que esta autorização é revogável mediante notificação por escrito ao consultório onde a autorização original foi mantida, exceto na medida em que já tenham sido tomadas providências em relação a esta autorização.
- Você entende que suas informações de saúde protegidas que são usadas ou divulgadas sob esta autorização podem estar sujeitas a uma nova divulgação pelo destinatário e a privacidade de suas informações de saúde protegidas podem não ser mais protegidas por lei.
- Você também entende que a Bayfront Health não pode condicionar o fornecimento de tratamento, pagamento, inscrição no plano de saúde ou elegibilidade para benefícios ao fornecimento desta autorização.
- Você entende que receberá uma cópia assinada deste formulário, se solicitado.
- Você entende que pode haver cobrança de taxas pelo fornecimento de uma cópia de seus registros médicos, conforme permitido pela Lei da Flórida. As taxas estão listadas em nosso site, locais com prontuários médicos presenciais, ou ligando para nosso departamento.

Gerenciamento de informações de saúde - Site de divulgação  
de informações: [www.bayfrontstpete.com/medicalrecords](http://www.bayfrontstpete.com/medicalrecords)  
Telefone: (727) 893-6705

### COMMUNICATION ASSISTANCE PROVIDED (Please Print)

QUALIFIED INTERPRETER	QUALIFIED BILINGUAL TEAM MEMBER	ASSISTING VISUALLY IMPAIRED
Team Member Name & I.D.: _____	Team Member Name & I.D.: _____	Team Member/Reader Name & I.D.: _____
Agency/Interpreter Name and/or I.D.: _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Video remote <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> In-person Language: _____	Language: _____	Other: _____