

**FRANCISCAN CHILDREN'S**  
**30 Warren Street, Brighton, MA 02135**  
**(617) 254-3800 x 1970**  
**Medical Records Department**



INSTRUÇÕES PARA COMPLETAR O FORMULÁRIO DE LIBERAÇÃO. POR FAVOR, LEIA ATENTAMENTE.

**FORMULÁRIOS DE LIBERAÇÃO COM INFORMAÇÕES INCOMPLETAS (ROI) SERÃO DEVOLVIDOS AO REMETENTE PARA INFORMAÇÕES ADICIONAIS RESULTANDO EM ATRASO NO PROCESSAMENTO DO SEU PEDIDO.**

**Seção 1**

- Fornecer o nome legal do paciente, data de nascimento e endereço atual.
- Marque a opção "LIBERAR PARA" para selecionar para onde o Sr.(a) deseja que suas informações sejam enviadas:  
( ) O mesmo ou  
( ) Identificar para onde o Sr.(a) quer que a informação do registro médico seja enviada; tais como um outro provedor de saúde/Clínico/Médico, seguro, escola, advogado, etc. O Sr.(a) deve incluir o nome da pessoa que receberá as informações e informações de correspondência (um endereço completo da rua, cidade e o CEP).
  - As informações não serão enviadas para uma clínica médica sem o nome do médico principal.
  - As informações não serão enviadas para o seguro sem um contato / nome
  - As informações não serão enviadas para uma escola ou prática de advogado sem um contato / nome.
  - As informações não podem ser processadas e o formulário será devolvido ao Sr.(a) para conclusão se todas as informações de envio não estiverem presentes.
- Marque a opção "OBTER DE" para que as informações do outro provedor sejam enviadas para o Franciscan

**Seção 2**

- Indicar as datas de serviço / tratamento das informações a serem divulgadas (o Sr.(a) pode indicar data / datas específicas, o âmbito de datas ou ano).

**Seção 3**

- Identificar o propósito / como as informações do registro médico serão usadas.
  - O objetivo define o conjunto mínimo de dados que serão incluídos no pacote enviado para o Sr.(a).
  - A informação do conjunto de dados é focada nas informações essenciais que o seu provedor de saúde, seguro ou escola necessitarão e não informações irrelevantes para a finalidade da divulgação.
  - Se desejar informações adicionais, marque a opção e as outras informações que o Sr.(a) gostaria incluída
  - Se desejar informação do registro completo, indique isto em OUTRO e indique o propósito (se o objetivo não for declarado o ROI está incompleto).

**Seção 4**

- A autorização está em vigor **por 120 dias a partir da data de sua assinatura.**
- Qualquer autorização com mais de 120 dias não será considerada válida. Nenhuma informação será enviada.

**Seção 5**

- Se o registro contiver informações protegidas / confidenciais, marque as opções apropriadas para identificar as informações que o Sr.(a) deseja incluir na liberação ou excluídas da liberação.
  - Se o Sr.(a) teve uma internação na Unidade 1 o Sr.(a) deve indicar registros psiquiátricos para obter o resumo de admissão e alta.
  - Quando deixado em branco informações protegidas / sensíveis não serão incluídas e o Sr.(a) pode não receber nenhuma informação ou informação incompleta.

**Seção 6**

- Por favor assine e date o formulário e se o Sr.(a) não é o paciente, verifique o relacionamento com o paciente.
- Se o Sr.(a) não é o paciente ou pai/mãe, uma cópia dos papéis de tutela / ordem de prisão / agente de saúde ou outro documento legal que lhe dá tal autoridade para acesso deve ser fornecida ou o ROI não será processado.
- Por favor, escreva o seu nome
- Peça a uma testemunha que assine o formulário e imprima o seu nome.

Se o Sr.(a) tiver dúvidas, entre em contato com o Departamento de Registros Médicos pelo:  
617-254-3800, Ext. 1970 ou Fax: 617-779-1269