



10199 (01/27/2022) Portuguese

CARE NEW ENGLAND

- Butler Hospital, Kent Hospital, VNA of CNE, CNE Medical Group, The Providence Center, Women & Infants Hospital

FOR INPATIENTS: AFFIX PATIENT LABEL OR WRITE IN BOTH PATIENT NAME & MR NUMBER

FOR OUTPATIENTS: WRITE IN BOTH PT NAME & DOB

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

DOB OR MR #: \_\_\_\_\_

ACORDO FINANCEIRO E CONSENTIMENTO GERAL DO PACIENTE

Este é um Acordo Financeiro Padrão de Pacientes do Care New England e o Consentimento Geral utilizado aquando do registo de pacientes em qualquer hospital afiliado do Care New England incluindo Butler, Kent, ou Women & Infants, e cada um dos seus locais de ambulatório, The Providence Center, VNA da Care New England, e qualquer local de prática médica do Grupo Care New England ou WIH Faculty Physicians (cada um individualmente e doravante, designado de "Local CNE").

CONSENTIMENTO DE TRATAMENTO:

Tomo conhecimento e entendo que os meus cuidados serão realizados conforme as indicações do meu profissional de saúde. Tomo conhecimento e entendo que quando solicitado cuidados relacionados com a minha condição médica estou a consentir, no sentido geral, outros tratamentos médicos, tais como exames de raios X, testes laboratoriais e pequenos procedimentos que o meu profissional de saúde possa prescrever.

EDUCAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE:

Tomo conhecimento e entendo que o Local CNE é um estabelecimento de ensino onde indivíduos em formação, residentes, colegas, estudantes de medicina, estudantes de enfermagem e outros estudantes de cuidados de saúde podem ser espetadores ou participantes nos meus cuidados sob a supervisão direta ou indireta de médico(s) licenciado(s).

UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS:

Tomo conhecimento e entendo que o Local CNE pode divulgar qualquer informação de saúde necessária para efeitos de tratamento, pagamento e operações de saúde, conforme permitido pela legislação aplicável. Isto inclui divulgações e/ou pedidos por telefone, fax, fotocópia ou meios eletrónicos que podem incluir informação relacionada com o VIH/SIDA, informação sobre o tratamento de transtorno de uso de substâncias e informação sobre o diagnóstico ou tratamento de doenças mentais, tal como permitido pela legislação.

Exonero ainda o Local CNE e os seus funcionários de qualquer responsabilidade decorrente da divulgação destas informações a essas pessoas/agências, desde que a divulgação de informações seja feita substancialmente de acordo com a legislação aplicável. Tomo conhecimento, entendo e concordo ainda que, em relação aos meus cuidados e tratamento por um Prestador de Cuidados CNE, (1) receber cuidados de internamento no Butler Hospital; OU (2) receber tratamento relacionado com transtornos relacionados com a saúde mental ou uso de substâncias (droga ou álcool) no The Providence Center; OU (3) receber tratamento relacionado com o transtorno por uso de substâncias (droga ou álcool) num dos seguintes programas: [Women and Infants Mom's Matter Clinic, um dos Programas em Ambulatório de Uso de Substâncias do Butler Hospital: Desintoxicação Ambulatória, Psiquiatria de Adultos, Investigação, Hospital Parcial, Ambulatório Intensivo de Adultos, Kent Hospital: Unidade Psiquiátrica Kent do Butler Hospital], também me é pedido que alargue o meu consentimento às seguintes declarações:

CONSENTIMENTO PARA O BUTLER HOSPITAL E OS PROGRAMAS 42 CFR PARTE 2 DA CNE PARA DIVULGAR AS MINHAS INFORMAÇÕES DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO E DE DROGAS/ÁLCOOL - Dou

o meu consentimento para divulgar (partilhar) as informações do meu registo médico relacionadas com o meu tratamento psiquiátrico em regime de internamento e uso de substâncias, incluindo mas não limitado ao meu historial, diagnóstico, medicação, tratamento e outras informações de identificação, a outros prestadores de tratamento e profissionais que tenham sido identificados como estando envolvidos no meu tratamento e cuidados, quer pratiquem ou não a sua atividade numa filial da CNE. Tomo conhecimento e entendo que posso revogar este consentimento por escrito com notificação ao Butler Hospital ou ao(s) Programa(s) CNE 42 CFR Parte 2 onde tenha obtido tratamento psiquiátrico hospitalar ou tratamento de transtorno por uso de drogas ou álcool em qualquer altura; desde que, no entanto, não possa revogar o meu consentimento para divulgações que já tenham sido feitas com base no meu consentimento original. Tomo conhecimento e entendo que tenho o direito de solicitar uma lista de entidades às quais as minhas informações sobre o tratamento de drogas ou álcool foram divulgadas por um Programa CNE 42 CFR Parte 2 nos termos deste consentimento nos dois anos anteriores ao meu pedido.

Tomo conhecimento e declaro que entendo este modelo de consentimento e que significa que certas informações de tratamento que são protegidas pela lei de saúde mental

de Rhode Island e regulamentos federais de confidencialidade em 42 CFR Parte 2 podem ser divulgadas no(s) meu(s) portal(is) de paciente CNE e aos meus prestadores de tratamento e profissionais.

COMPENSAÇÃO DO TRABALHADOR:

Se o meu tratamento estiver relacionado com um acidente de trabalho, entendo que a seguradora de Acidentes de Trabalho da minha entidade patronal também terá acesso a todas as informações contidas no meu registo médico.

ATRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS DE SEGURO:

Na medida do permitido pela legislação, atribuo irrevogavelmente ao Local CNE e a outros prestadores de serviços ao doente, todos e quaisquer benefícios de qualquer tipo, decorrentes de qualquer reclamação ou apólice de seguro que assegure o doente ou qualquer parte disposta a responder perante o doente. Autorizo e solicito que o pagamento das prestações de seguro seja feito em meu nome por quaisquer serviços que me sejam fornecidos pelo ou no Local CNE, incluindo o prestador de serviços.

BENEFÍCIOS FEDERAIS DE CUIDADOS MÉDICOS:

Certifico que as informações por mim prestadas no pedido de pagamento ao abrigo do Título XVIII da Lei da Segurança Social estão corretas. Autorizo qualquer detentor de informação pessoal médica ou de outro parecer a divulgar à Administração da Segurança Social e/ou ao programa Medicare ou aos seus intermediários ou outros agentes qualquer informação necessária para esta ou qualquer reclamação relacionada com o Medicare. Solicito que o pagamento de benefícios autorizados seja feito em meu nome. Atribuo os benefícios a pagar pelo prestador de serviços ao prestador ou organizações que prestam os serviços ou autorizo esse prestador ou organização a apresentar pedidos de pagamento ao Medicare para a minha pessoa. Tomo conhecimento e concordo que, na medida do permitido pela legislação, sou responsável pelo pagamento de quaisquer serviços prestados não cobertos pelo Medicare.

ACORDO FINANCEIRO/GARANTIA DE PAGAMENTO:

Tomo conhecimento e reconheço que sou legalmente responsável por todos os encargos incorridos em relação aos cuidados e tratamentos médicos prestados pelo Local CNE e prestadores que me providenciam serviços profissionais através do Local CNE (doravante "Prestadores"). Concordo e consinto com os cuidados médicos que foram ou serão prestados ao paciente cujo nome é acima mencionado. Para os serviços prestados pelos Prestadores e pelo Local CNE, garanto o pagamento da conta e concordo em pagar essa conta no momento da prestação dos serviços, no caso de o pagamento de tais serviços não estiver coberto pela minha companhia de seguros ou outro pagador terceiro ("Pagador"). Tomo conhecimento e entendo que o Pagador pode requerer autorização antes de eu receber o meu tratamento e que é minha responsabilidade obter essa autorização prévia e conhecer a cobertura do meu plano. Tomo conhecimento que receber autorização prévia não garante que o meu Pagador faça o pagamento, uma vez que os benefícios permitidos dependem do meu plano de saúde individual. Tomo conhecimento de que os Prestadores não podem cobrar-me serviços que não sejam de emergência prestados num Local CNE no caso de os Prestadores não estarem dentro do área de cobertura do meu Pagador, a menos que eu receba um aviso prévio e dê o meu consentimento ao Local CNE ou aos Prestadores. Tomo conhecimento de que se o meu filho/dependente for atendido num Local CNE ou nos respetivos Prestadores, serei responsável pelo pagamento dos serviços prestados ao abrigo destes mesmos termos e condições.

COMUNICAÇÕES: Ao assinar este consentimento, tomo conhecimento e concordo que o Local CNE pode utilizar o meu número de telefone, número de telemóvel, endereço postal ou endereço de correio eletrónico que eu facultei para enviar mensagens. As mensagens podem incluir, mas não se limitando a, lembretes de marcação de consulta, notificação de mensagens no portal do paciente, inquéritos, questionários ou questões de faturação/pagamento. Ao concordar com estas transmissões eletrónicas, tomo conhecimento de que a privacidade e a segurança das comunicações eletrónicas não podem ser garantidas e que as partes com quem optei por partilhar endereços eletrónicos ou números de telefone podem ter conhecimento de tais transmissões e podem ter os meus para aceder às minhas informações pessoais de saúde utilizando informações provenientes destas transmissões.

PERTENCES PESSOAIS: Tomo conhecimento que eu (o paciente) sou responsável por todos e quaisquer tipos objetos de valor pessoal que traga comigo para o Local CNE. Exonero o Local CNE de qualquer responsabilidade pela perda ou dano de todos e quaisquer bens pessoais que decida manter comigo durante os meus cuidados e tratamento.

ASSINATURA: Li a informação acima ou solicitei a leitura da mesma. Compreendo a informação e as minhas perguntas foram respondidas de forma satisfatória. A minha assinatura abaixo certifica que consenti voluntariamente no acima exposto.

Assinatura do Paciente \_\_\_\_\_ (Data/Hora) \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal \_\_\_\_\_ (Data/Hora) \_\_\_\_\_

Relação de Parentesco com o Paciente \_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha (Signature of witness) \_\_\_\_\_ (Data/Hora)/(Date/Time) \_\_\_\_\_