

Local	Endereço	Número de telefone
Tisch, Kimmel, Hassenfeld Children's Hospital, Rusk Rehabilitation, Ambulatory Care Center	<p>NYU Langone Health HIM Department pessoalmente: 550 First Street, Mineola, NY 11501</p> <p>correio: 380 2nd Avenue, Suite 640, NY, NY 10003</p>	
	<p>correio: 301 E 17th St, NY, NY 10003</p>	212-598-6790
NYU Langone Hospital - Long Island	<p>NYU Langone Hospital - Long Island HIM Department pessoalmente: Admitting Office Main Lobby 259 First Street, Mineola, NY 11501 correio: 200 Old Country Road, Suite 201, Mineola, NY 11501</p>	516-663-2515, opção 4
Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	<p>Perlmutter Cancer Center HIM Department 160 E 34th Street NY, NY 10016</p>	212-731-6180
NYU Langone Hospital - Long Island - Laura & Isaac Perlmutter Cancer Center	<p>Perlmutter Cancer Center HIM Department 120 Mineola Blvd, 6th Floor Mineola, NY 11501</p>	516-633-8250
NYU Langone Hospital - Brooklyn	<p>NYU Langone Hospital - Brooklyn HIM Department 150 55th Street Brooklyn, NY 11220</p>	718-630-7125
NYU Grossman School of Medicine Faculty Group	<p>Island- CHHA 290 Old Country Road Mineola, NY 11501</p>	516-663-8000
Long Island Community Hospital (LICH)	<p>Todos os outros locais: diretamente no local do estudo de imagiologia Long Island Community Hospital</p>	<p>Tisch: 212263-5227 Orthopedic: 212598-6373 FGP: 212263-7108 Outros: contacte o gabinete específico diretamente</p>

AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS (PHI)

Nome do doente	Data de nascimento do doente	Número de telefone
Morada do doente		

Eu, ou o meu representante autorizado, solicito que as informações de saúde relativas aos meus cuidados e tratamentos sejam divulgadas conforme estabelecido neste formulário. Compreendo que:

1. As informações relativas a **TRATAMENTOS DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL/DROGA, TRATAMENTOS DE SAÚDE MENTAL, TESTES GENÉTICOS** e/ou **INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS RELACIONADAS COM O VIH** não serão partilhadas sem o meu consentimento específico. Ao rubricar abaixo, autorizo especificamente a divulgação destas informações à(s) pessoa(s) indicada(s) contidas neste formulário.

<input type="checkbox"/>	Informações relativas a tratamentos de dependência de álcool/droga (incluindo programas de tratamento de dependência de álcool/droga)
<input type="checkbox"/>	Informações relativas a tratamentos de saúde mental (exceto notas de psicoterapia, que podem requerer autorização adicional)
<input type="checkbox"/>	Informações relativas a testes genéticos
<input type="checkbox"/>	Informações relativas ao VIH/SIDA (a divulgação destas informações deve incluir as declarações exigidas relativamente à proibição de redivulgação, quando exigidas por lei)

2. À exceção dos tipos de informações especiais acima indicados, as informações que são passíveis a esta autorização podem ser novamente partilhadas pelo destinatário e já não estão protegidas pela lei federal ou estadual. Exceto se permitida pela lei federal ou estadual, se eu der permissão para partilhar informações relacionadas com o VIH, o destinatário não pode partilhar estas informações sem a minha permissão. Posso pedir uma lista de pessoas que podem receber ou utilizar as minhas informações relacionadas com o VIH sem autorização. Se sofrer discriminação devido à divulgação de informações relacionadas com o VIH, posso contactar a Divisão de Direitos Humanos do Estado de Nova Iorque (New York State Division of Human Rights) pelo telefone (212) 420-3003 ou a Comissão de Direitos Humanos da Cidade de Nova Iorque (New York City Commission on Human Rights) pelo telefone (212) 3067450. Estas agências são responsáveis pela protecção dos meus direitos.

