



# INÍCIO DOS SERVIÇOS

## PARTE I CONSENTIMENTO DE RELACIONAMENTO CLIENTE-PROVEDOR

Nome do cliente: \_\_\_\_\_

Nome da agência: Florida Department of Health – Orange COunty

Endereço da agência: 6101 Lake Ellenor Drive, Orlando, Florida 32809

Dou consentimento para o estabelecimento de um relacionamento cliente-provedor. Autorizo a equipe do Departamento de Saúde e seus representantes a prestar assistência médica de rotina. Entendo que a assistência médica de rotina é confidencial e voluntária e pode envolver consultas médicas, incluindo obtenção de história clínica, avaliação, exames, administração de medicamentos, exames laboratoriais e/ou pequenos procedimentos. Posso interromper este relacionamento a qualquer momento.

\_\_\_\_\_Ao rubricar esta linha, reconheço que recebi uma Ficha Informativa de Consentimento Livre e Esclarecido em Telessaúde e que concordo com a prestação de alguns serviços a serem prestados por meio de telessaúde. Posso retirar meu consentimento a qualquer momento, interrompendo o uso dos serviços de telessaúde, sem afetar meu direito a atendimento ou tratamento futuro.

## PARTE II CONSENTIMENTO DE DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES (apenas para finalidades de tratamento, pagamento ou operações de assistência médica)

Autorizo o uso e a divulgação de minhas informações de saúde; incluindo clínicas, odontológicas, HIV/AIDS, DST, TB, prevenção do abuso de substâncias, psiquiátricas/psicológicas e conduta de casos para tratamento, pagamento e operações de assistência médica. Além disso, concordo que minhas informações de saúde sejam compartilhadas no Health Information Exchange (HIE), permitindo o acesso de consultórios médicos participantes, hospitais, coordenadores de atendimento, laboratórios, centros de radiologia e outros prestadores de assistência médica por meios eletrônicos seguros. Se você optar por não compartilhar suas informações no HIE, poderá cancelar o compartilhamento solicitando e assinando um formulário de retirada de participação do HIE.

## PARTE III CERTIFICAÇÃO DE PACIENTE MEDICARE, AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO E SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO (Aplica-se apenas a clientes Medicare)

Como Cliente/Representante abaixo assinado, certifico que as informações fornecidas por mim na solicitação de pagamento sob o Título XVIII da Lei de Previdência Social estão corretas. Autorizo a agência acima a divulgar minhas informações de saúde para a Administração da Previdência Social ou seus intermediários/operadoras de assistência médica para esta ou para uma reivindicação relacionada ao Medicare. Solicito que o pagamento dos benefícios autorizados seja feito em meu nome. Atribuo os benefícios a serem pagos pelos serviços médicos à agência acima mencionada e a autorizo a enviar uma solicitação de pagamento ao Medicare.

## PARTE IV ATRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS (Aplica-se apenas a pagadores terceiros)

Como Cliente/Representante abaixo assinado, atribuo à agência mencionada acima todos os benefícios oferecidos por qualquer plano de saúde ou política de despesas médicas. O valor de tais benefícios não deve exceder as despesas médicas estabelecidas na tabela de taxas aprovada. Todos os pagamentos previstos neste parágrafo devem ser feitos à agência acima. Sou pessoalmente responsável por cobranças não cobertas por esta atribuição.

## PARTE V COLETA, USO OU DIVULGAÇÃO DO NÚMERO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

(Este aviso é fornecido de acordo com a Seção 119.071(5)(a), Estatutos da Flórida.)

Para programas de assistência médica, o Departamento de Saúde da Flórida pode coletar seu número de previdência social para fins de identificação e cobrança, conforme autorizado pelas subseções 119.071(5)(a)2.a. e 119.071(5)(a)6., Estatutos da Flórida. Ao assinar abaixo, concordo com a coleta, o uso ou a divulgação do meu número de previdência social apenas para fins de identificação e cobrança. Ele não será usado para qualquer outra finalidade. Entendo que a coleta de números de previdência social pelo Departamento de Saúde da Flórida é imperativa para o desempenho de tarefas e responsabilidades, conforme prescrito por lei.

## PARTE VI MINHA ASSINATURA ABAIXO CONFIRMA AS INFORMAÇÕES ACIMA E O RECEBIMENTO DO AVISO DE DIREITOS SOBRE PRIVACIDADE

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cliente/Representante

\_\_\_\_\_  
Relacionamento do próprio ou do representante com o cliente

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Testemunha (opcional)

\_\_\_\_\_  
Data

## PARTE VII RETIRADA DO CONSENTIMENTO

EU, \_\_\_\_\_ RETIRO ESTE CONSENTIMENTO, em vigor \_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente/representante Data

*For Office Use Only – Print or Use Label*

Client Name: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_