

PATIENT CONSENT AND ACKNOWLEDGMENT — PORTUGUESE
AUTORIZAÇÃO E RECONHECIMENTO DO PACIENTE

Este documento é uma Autorização e Reconhecimento Padrão do Paciente para Lifespan utilizado quando os pacientes são registados em qualquer Hospital associado a Lifespan (Newport, Rhode Island e The Miriam), nas suas Clínicas ou nos locais de Lifespan Physician Group Practice (“Locais de Cuidados”).

AUTORIZAÇÃO PARA EXAMES E TRATAMENTO - Compreendo que possa ser necessário submeter-me a exames, procedimentos médicos e de diagnóstico, e, em alguns casos, a terapias adicionais, em relação ao diagnóstico e tratamento do meu estado clínico. Compreendo também que possam ser recolhidos tecidos e fluidos biológicos, como sangue ou urina, durante o exame e diagnóstico e que também podem utilizar essas amostras para diagnóstico, ensino, melhoria de qualidade, pesquisas científicas ou determinadas pesquisas. Compreendo que, durante os meus cuidados, posso ser examinado(a) e tratado(a) por médicos e outro pessoal como parte da sua formação supervisionada. Compreendo também que podem ser tiradas fotografias, filmados vídeos, criadas gravações de áudio, digitais ou em outros formatos, que podem servir para identificar ou documentar o meu estado clínico ou os meus cuidados. Assim, autorizo a realização desses exames e procedimentos como parte do meu tratamento, conforme possa ser considerado necessário pelos clínicos que me prestam os cuidados (a “Equipa de Cuidados”).

Compreendo que a prática da medicina não é uma ciência exata, e reconheço que não me foram feitas quaisquer garantias sobre a eficácia de quaisquer procedimentos, tratamentos ou exames. Compreendo que tenho o direito de recusar qualquer procedimento médico ou cirúrgico. Compreendo também que a minha Equipa de Cuidados me informará sobre as ações mais razoáveis a tomar no caso do meu estado clínico e que essas medidas serão identificadas e realizadas sempre em consideração do meu melhor interesse com paciente. Compreendo que o Local de Cuidados tem direito de recusar efetuar qualquer procedimento se eu, ou o(s) meu(s) representante(s), não tiver dado a minha autorização informada de forma tácita. Compreendo que se eu, ou o(s) meu(s) representante(s) designado(s), não der a minha autorização para um procedimento recomendado, o tratamento poderá ser total ou parcialmente ineficaz.

ATRIBUIÇÃO DE BENEFÍCIOS DE SEGURO E AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE AO FORNECEDOR - Compreendo que os médicos do pessoal de alguns Locais de Cuidados podem não ser funcionários desse Local de Cuidados Lifespan específico. Assim, autorizo o pagamento dos benefícios do meu seguro de saúde diretamente à entidade Lifespan aplicável e a qualquer médico afiliado da Lifespan que preste serviços durante esta hospitalização ou visita. Compreendo que sou responsável por despesas não cobertas pela minha companhia de seguros e compreendo que sou responsável por fazer cumprir os termos do contrato do meu plano de saúde. Compreendo que posso receber faturas em separado por serviços que prestem cuidados de emergência, pela interpretação de raios X e por outros exames de imagiologia de diagnóstico e que alguns serviços médicos podem ser faturados independentemente dos serviços do Local de Cuidados.

AUTORIZAÇÃO DA MEDICARE – Na medida que estou coberto(a) pela Medicare, concordo com as condições de admissão para hospitalização definidas por este acordo. Certifico que todas as informações que divulguei em relação ao meu pedido segundo o Programa Medicare (Título XVIII da Lei da Segurança Social) estão corretas. Solicito que o pagamento de quaisquer benefícios Medicare autorizados seja feito em meu nome ao hospital ou aos médicos aí empregados. Autorizo qualquer detentor de informação médica ou de outra informação sobre mim a divulgar a Centros da Medicare e Serviços Medicaid (CMS) e aos seus agentes qualquer informação necessária para determinar a minha elegibilidade a estes benefícios Medicare ou benefícios de serviços associados.

RESPONSIBILIDADE FINANCEIRA – Para a Lifespan gerir a minha conta ou debitar pagamentos devidos, autorizo a Lifespan a contactar-me por telefone através de qualquer número associado à minha conta, incluindo telemóveis, cujas despesas de comunicação serão imputadas a mim. Os métodos de contacto podem incluir mensagens de voz pré-gravadas/artificiais e/ou a utilização de um serviço de marcação automática, se aplicável.

Autorizo o Local de Cuidados a aplicar qualquer saldo em crédito que possa ter a minha conta para satisfazer, na medida do possível, qualquer saldo devedor que possa ter em diferentes Locais de Cuidados antes que os reembolsos de paciente sejam processados para mim.

COMUNICAÇÕES ELETRÓNICAS - Aceito em receber comunicações eletrónicas de natureza administrativa da Lifespan. Os métodos de transmissão poderão incluir e-mails, mensagens de texto, mensagens de SMS e outros meios eletrónicos que possam ficar, entretanto, disponíveis. O objetivo destas mensagens pode ser, mas não apenas, a marcação e notificação de consultas, notificações relativas ao portal de pacientes MyLifespan, registos no programa, inquéritos, perguntas gerais ou assuntos relacionados com faturação/pagamentos. Ao aceitar estas transmissões, reconheço que a privacidade e a segurança

das comunicações eletrônicas pode não ser garantida e que as partes com as quais opto por partilhar endereços eletrônicos ou números de telefone podem ter conhecimento dessas transmissões e podem ter capacidade para aceder às informações pessoais sobre a minha saúde utilizando a informação das mesmas transmissões.

RECONHECIMENTO – Certifico que li o anterior e que me foi explicado de maneira a compreender o documento. Certifico que sou paciente, familiar/guardião do paciente, ou representante do paciente devidamente autorizado, capaz de rever os termos anteriores e aceitá-los.

Se me estou a registar para receber, ou como resultado dos meus cuidados passei a receber, tratamento contra a toxicodependência ou contra o álcool (distúrbios associados a abuso de substâncias) num dos seguintes programas: Caritas House (no Bradley Hospital), programa de intervenção de agressores, Eastman House ou os Pawtucket Addictions Counseling Services (Serviços de Acompanhamento de Abuso de Substâncias) (no Gateway Healthcare) e/ou no Psych Adult Medicine Treatment Center (no Lifespan Physician Group Practice), também me pedirão para concordar com e autorizar as seguintes declarações:

AUTORIZO O PROGRAMA DA LIFESPAN (42 CFR PARTE 2) A DIVULGAR OS DADOS DO MEU TRATAMENTO CONTRA A TOXICODPENDÊNCIA/ÁLCOOL – Autorizo o programa da Lifespan a divulgar todas as minhas declarações associadas a abuso de substâncias e dados das reuniões incluindo, mas não limitado, ao historial, diagnóstico, medicação, tratamento e outras informações que sirvam para identificar incluídas no meu registo LifeChart (o meu registo de saúde eletrónico na Lifespan) e aos meus fornecedores e profissionais de saúde que têm autorização para consultar o meu registo LifeChart, pratiquem ou não a sua atividade numa afiliada da Lifespan. Esta autorização expira se e quando a Lifespan, ou a organização que lhe suceder, e a LifeChart ou sistema de registos médicos eletrónicos que lhe suceder, cessarem de existir. Compreendo que posso revogar por escrito com aviso prévio e em qualquer altura esta autorização do(s) programa(s) da Lifespan onde receber tratamento contra a toxicodependência ou álcool. No entanto, compreendo também que não posso recusar a autorização de qualquer divulgação já efetuada baseada na minha autorização original.

Compreendo o meu direito a solicitar uma lista de entidades às quais os dados dos meus tratamentos contra a toxicodependência ou álcool foram divulgados através do(s) programa(s) da Lifespan com base nesta autorização. Compreendo que só tenho direito à lista de entidades cujas divulgações foram efetuadas nos dois anos anteriores ao meu pedido.

Ao assinar o formulário de autorização em baixo, reconheço que compreendo o respetivo formulário e que isso implica que os dados dos meus tratamentos, protegidos segundo os regulamentos de confidencialidade federais em 42 CFR Parte 2, podem ser incluídos no meu registo LifeChart e consultados pelos profissionais de saúde envolvidos no meu tratamento

Se me estou a registar para ser, ou como resultado dos meus cuidados passei a ser, paciente em regime de internamento de uma das seguintes instituições: Newport Hospital, Rhode Island Hospital ou The Miriam Hospital, também me será pedido que o meu conhecimento e autorização sejam também aplicados às seguintes declarações:

DIREITO A DIRETIVAS ANTECIPADAS - Recebi informações escritas sobre o meu direito a tomar decisões clínicas e a ter diretivas antecipadas (na forma de um testamento ou uma Procuração Permanente para Cuidados de Saúde). Compreendo que sou responsável por entregar à Equipa de Cuidados uma cópia das minhas diretivas antecipadas e que, caso não o faça, pode significar que quem me presta cuidados não terá conhecimento dos meus desejos. Compreendo que as minhas diretivas antecipadas serão tratadas com a sensibilidade e confidencialidade adequadas e que recebi os mesmos cuidados de qualidade quer apresente ou não uma diretiva antecipada.

BENS PESSOAIS - Compreendo que a Lifespan não pode ser responsabilizada pelos meus bens pessoais. Deixei os meus objetos valiosos em casa ou assumirei o risco de perda se os trouxer comigo para o hospital Lifespan ou afiliada.

DISPOSITIVOS ELETRÓNICOS PESSOAIS - Compreendo que a utilização de dispositivos eletrónicos pessoais por parte de pacientes e/ou visitantes para tirar e/ou transmitir fotografias, vídeos, gravações de áudio, de pacientes, de pessoal médico ou de funcionários do hospital é proibida.

RECONHECIMENTO DE NOTIFICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE CÂMARA DE SEGURANÇA - Compreendo que foram instaladas câmaras de segurança em determinadas áreas públicas do hospital incluindo em algumas áreas de pacientes.

Esta cópia em papel é apenas para sua informação; o original eletrónico assinado está incorporado no seu Registo Médico.