

**Autorização para compartilhamento de informações  
Serviços de necessidades sociais relativas a saúde  
do Plano de Saúde do Oregon**

Nome:	Sobrenome(s):	Data de nascimento (mm/dd/aaaa):	
Endereço para correspondência:	Cidade:	Estado:	Código postal:
Telefone:	E-mail:	ID Medicaid do OHP:	

O Plano de Saúde do Oregon (OHP) cobre serviços de necessidades sociais relativas a saúde (HRSN) sem que você tenha nenhum custo. Os serviços de HRSN são itens e apoios como:

- um ar-condicionado;
- uma pequena geladeira para medicamentos;
- refeições especiais para seu quadro clínico;
- apoio para moradia.

Os prestadores de serviços de HRSN são entidades ou pessoas que prestam serviços dessa natureza. Se preencher este formulário e assinar abaixo, você autoriza (permite):

- o compartilhamento de suas informações de saúde e outras informações confidenciais a seu respeito, unicamente para os fins mencionados na Parte 1 a seguir;
- que determinadas entidades e pessoas compartilhem suas informações. Elas devem compartilhar o mínimo necessário para prestar serviços de HRSN.

Assinar este formulário **não**:

- autoriza ninguém a compartilhar suas informações com autoridades policiais ou migratórias;
- significa que você concorda em pagar por qualquer benefício de HRSN.

## **Parte 1. Fins do compartilhamento de informações.**

Ao assinar, você autoriza (permite) que suas informações de saúde e outras informações confidenciais a seu respeito sejam compartilhadas para:

- (a) identificar se você é qualificável para receber serviços de HRSN;
- (b) encaminhar você a serviços de HRSN, ajudar você a acessar ou obter tais serviços; e
- (c) identificar, apoiar, coordenar, alterar e pagar serviços de HRSN para você.

## **Parte 2. Tipos de informações compartilhadas.**

Ao assinar, você autoriza (permite) o compartilhamento dos seguintes tipos de informações sobre você conforme a necessidade para concretizar os fins mencionados na Parte 1. Essas informações só serão compartilhadas quando houver necessidade.

- (a) Informações demográficas, tais como:
  - nome;
  - idade;
  - data de nascimento;
  - endereço;
  - informações de contato; e
  - quaisquer necessidades de acessibilidade, como para prestar apoio em um idioma ou formato diferente para acessar os serviços. Isso pode ajudar a conectar você a um prestador de serviços de HRSN que entenda seu idioma ou cultura.
- (b) Determinadas informações de saúde protegidas (PHI), tais como:
  - sua elegibilidade para o Medicaid (OHP);
  - seu histórico médico:
    - resultados de exames laboratoriais;
    - uso de medicamentos;
    - estados de saúde; e
    - tratamentos.
- (c) Informações específicas de HRSN, tais como:
  - Os motivos pelos quais você se qualifica para serviços de HRSN, como quadros clínicos ou circunstâncias de vida;
  - os serviços de HRSN que você pode obter; e
  - os prestadores de serviços de HRSN que trabalharam com você.
- (d) Informações de saúde mental, tais como:
  - Seus diagnósticos e tratamentos relativos a saúde mental. Essas

informações só serão compartilhadas quando houver necessidade e **não incluirão notas de psicoterapia**. Você deverá dar um consentimento adicional para o compartilhamento de tais informações.

- (e) Informações de desordem por consumo de substâncias, tais como:
- seu consumo atual e passado de bebidas alcoólicas ou drogas;
  - diagnósticos;
  - medicamentos;
  - programas de tratamento ambulatorial e residencial; e
  - informações sobre o trauma sofrido por você que afetou ou afeta seu consumo de bebidas alcoólicas ou drogas.

**Prestadores que devem cumprir os regulamentos federais de confidencialidade relativos a informações sobre consumo de bebidas alcoólicas ou drogas (42 C.F.R. Parte 2) poderão compartilhar suas informações relativas a tal consumo SOMENTE SE você marcar o campo ao final deste formulário.**

- (f) Informações de moradia, tais como:
- situação;
  - histórico; e
  - apoios.

### **Parte 3. Parceiros de assistência que compartilham ou obtêm suas informações.**

Ao assinar, você autoriza (permite) que os seguintes parceiros de assistência compartilhem e obtenham suas informações.

- Entidades e pessoas envolvidas:
  - na assistência a sua saúde;
  - nos serviços de HRSN prestados a você; e
  - na coordenação do atendimento.

Elas podem compartilhar suas informações unicamente para os fins mencionados na Parte 1 desde formulário. Parceiros de assistência e seus prestadores de serviços concordam em cumprir todas as leis relativas à proteção de suas informações e ao compartilhamento de suas informações. As entidades ou pessoas a seguir podem atuar como seus parceiros de assistência.

- (a) Prestadores de saúde, tais como:
  - hospitais;
  - clínicas;
  - médicos;
  - farmácias;
  - dentistas; e
  - prestadores de saúde comportamental.
- (b) A Autoridade de Saúde do Oregon (OHA).
- (c) A Acentra Health, a administradora da OHA, para benefícios e pagamentos de “Open Card” (honorários por prestação de serviços) da OHP.
- (d) Prestadores de serviços e fornecedores de HRSN que possam prestar tais serviços ou fornecer itens relativos a tais serviços — como aparelhos de ar-condicionado — relativos a benefícios de HRSN. O Anexo A relaciona esses prestadores de serviços e fornecedores.

**Parte 4. Alcance da autorização.** Este formulário entrará em vigor a partir do momento em que você o assinar e até que um destes eventos ocorra:

- (a) 12 meses após a data em que você assinar este formulário;
- (b) se você revogar (cancelar) este formulário, o que poderá fazer de uma das seguintes formas:
  - ligando para 1-888-834-4304;
  - enviando um e-mail a [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com); ou
  - enviando um fax para 1-833-551-2607;
- (c) se você fizer qualquer alteração neste formulário. Nesse caso, o novo formulário terá vigência a partir da data em que você enviar as alterações, o que poderá fazer de uma das seguintes formas:
  - ligando para 1-888-834-4304;
  - enviando um e-mail a [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com); ou
  - enviando um fax para 1-833-551-2607.

**Parte 5. Seus direitos.** Ao assinar este formulário, você compreende e concorda que:

- (a) você pode revogar (cancelar) ou alterar este formulário a qualquer momento de uma destas formas:
  - ligando para 1-888-834-4304;
  - enviando um e-mail a [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com); ou
  - enviando um fax para 1-833-551-2607.
- (b) Caso você revogue (cancele) este formulário, os parceiros de assistência não poderão interromper ou excluir qualquer informação já compartilhada, recompartilhada ou recebida.
- (c) Você tem direito a obter uma cópia deste formulário.
- (d) Seus parceiros de assistência poderão compartilhar e recompartilhar suas informações com outras entidades ou pessoas. No entanto, eles só poderão fazer isso no limite legalmente permitido ou conforme declarado neste formulário.
- (e) Você pode obter uma lista de parceiros de assistência que receberem suas informações. que poderá ser solicitada de uma das seguintes formas:
  - ligando para 1-888-834-4304;
  - enviando um e-mail para [ORHRSN@kepro.com](mailto:ORHRSN@kepro.com); ou
  - enviando um fax para 1- 833-551-2607.

**Você não tem a obrigação de assinar este formulário. Se você não assinar este formulário, sua equipe de Open Card lhe entregará uma cópia de sua autorização para serviços de HRSN. Você precisará solicitar aos prestadores de serviços de HRSN diretamente para obter os serviços aprovados.**

**Mesmo se optar por não assinar este formulário, você:**

- obterá todos os benefícios, tratamentos ou assistência a que tem direito;
- receberá uma decisão quanto à aprovação ou recusa de serviços de HRSN;
- **não** precisará pagar por serviços de HRSN.

**Ao assinar este formulário, eu autorizo (permito) que meus parceiros de assistência utilizem e compartilhem minhas informações de saúde e outras informações confidenciais a meu respeito para os fins mencionados na Parte 1 deste formulário.**

**Caso informe voluntariamente meu número de telefone neste formulário, eu concordo em receber mensagens de texto ou ligações de meus parceiros de assistência (o que poderá gerar cobranças padrão por mensagens e uso dados). Meus parceiros de assistência poderão me enviar mensagens de texto ou ligar para o número de telefone que informei para me comunicarem sobre:**

- **minhas opções de consentimento; e**
- **como minhas informações poderão ser compartilhadas.**

**Ao marcar este campo, eu autorizo (permito) o compartilhamento de informações relativas a meu consumo de bebidas alcoólicas ou drogas por parte de prestadores, submetidos aos regulamentos federais de confidencialidade relativos a informações sobre tal consumo (42 C.F.R. Parte 2).**

Se você assinar em seu próprio nome, preencha a primeira linha. Se você assinar em nome de outra pessoa, preencha a segunda e a terceira linhas.

Nome do membro:	Assinatura do membro:	Data (mm/dd/aaaa):
Nome do representante:	Assinatura do representante:	Data (mm/dd/aaaa):
Relacionamento do representante com o membro ou descrição da autoridade que assinará em nome do membro:		

Você pode obter este documento gratuitamente em outros idiomas, letras grandes, braile ou um formato de sua preferência. Para isso, entre em contato com Chelsea Egbert pelo e-mail [chelsea.egbert@oha.oregon.gov](mailto:chelsea.egbert@oha.oregon.gov) ou pelo telefone 1-503-945-5772 (voz e mensagens de texto). Aceitamos ligações de todas as operadoras.