

## **Autorização e acordo do paciente para os serviços de cuidados de saúde Lifespan**

### **Autorização para exame e tratamento**

Concordo que, como paciente de qualquer Lifespan Affiliated Hospital (Bradley, Newport, Rhode Island, The Miriam), as respectivas clínicas hospitalares, Gateway Healthcare, Lifespan Physician Group, Inc., Coastal Medical e visitas de telemedicina ("Locais de prestação de cuidados" [Care Sites]), posso necessitar de vários exames médicos, procedimentos de diagnóstico, medicação e terapias de diagnóstico para tratar a minha condição médica. Concordo em submeter-me aos exames e procedimentos adequados de acordo com os meus cuidadores, designados também como "Equipa de cuidados de saúde" (Care Team). Durante estes procedimentos podem ser recolhidos tecidos e fluidos biológicos, como sangue ou urina, para fins de diagnóstico, educativos, melhoramento da qualidade, científicos ou determinados fins de investigação. Poderão ser recolhidos dados não textuais, como fotografias, gravações de vídeo ou áudio ou gravações digitais para fins de identificação ou documentação, exceto se eu decidir recusar. Estas gravações também podem ser utilizadas para credenciamento ou certificação profissional, publicação em revistas médicas ou apresentações em seminários e conferências. Se estes dados não textuais se destinarem a ser utilizados para fins de investigação ou não forem totalmente anonimizados de acordo com as diretrizes da HIPAA, ser-me-á pedido uma autorização em separado para a sua utilização.

Concordo que os cuidados de saúde não são uma ciência exata e que não foram dadas quaisquer garantias quanto à eficácia de quaisquer procedimentos, tratamentos, exames ou outros serviços de saúde. A minha equipa de cuidados de saúde (My Care Team) informar-me-á sobre as medidas mais razoáveis para a minha doença e serão tomadas decisões tendo em conta os meus melhores interesses enquanto paciente. Reservo-me o direito de não dar o meu consentimento para qualquer procedimento médico ou cirúrgico ou outro serviço de saúde. O local de prestação de cuidados (Care Site) também tem o direito de recusar qualquer procedimento se eu, ou o(s) meu(s) representante(s), não tiver(em) dado uma autorização informada expressa. Reconheço que se eu ou o(s) meu(s) representante(s) recusar(em) o consentimento para um procedimento recomendado, o tratamento pode ser parcial ou totalmente ineficaz.

### **Autorização para exame e tratamento do recém-nascido**

Se der à luz durante este encontro, autorizo a prestação dos cuidados necessários ao(s) meu(s) recém-nascido(s).

### **Atribuição de benefícios de seguro e autorização para divulgar informações sobre cuidados de saúde ao prestador de cuidados de saúde**

Compreendo que os prestadores de cuidados em alguns locais de cuidados podem não ser funcionários do respetivo local de cuidados Lifespan em específico. Autorizo o pagamento direto dos benefícios do meu seguro de saúde à respetiva entidade Lifespan e a qualquer prestador afiliado da Lifespan que preste serviços durante esta hospitalização ou visita. Estou ciente de que sou responsável pelas despesas não abrangidas pelo meu seguro e pelo cumprimento dos requisitos contratuais do meu plano de saúde. Em alguns casos, posso receber faturas separadas relativas a serviços de cuidados de emergência, interpretação de raios X ou outros diagnósticos por imagem, e que os serviços de alguns prestadores podem ser faturados em separado dos serviços do local de prestação de cuidados.

### **Autorização Medicare**

Se estiver abrangido pela Medicare, concordo com as condições de admissão para hospitalização descritas neste acordo. Certifico que as informações que forneci durante a minha candidatura ao Programa Medicare (Título XVIII da Lei da Segurança Social) estão corretas. Solicito que o pagamento de quaisquer benefícios Medicare autorizados a serem efetuados em meu nome seja efetuado no local de tratamento ou aos seus fornecedores empregados. Autorizo a divulgação de quaisquer informações médicas ou outras informações a meu respeito aos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) (Centers for Medicare and Medicaid Services) e aos respetivos agentes para determinar a minha elegibilidade para benefícios Medicare ou serviços relacionados.

### **Responsabilidade financeira**

Concordo que a Lifespan pode contactar-me por telefone através de qualquer número associado à minha conta, incluindo números sem fios, para fins de manutenção e cobrança da conta. Isto pode incluir a utilização de mensagens de voz pré-gravadas ou artificiais e serviços de marcação automática. Autorizo também que o local de tratamento utilize qualquer saldo de crédito pendente que eu possa ter para liquidar qualquer saldo de conta pendente que eu possa dever a um local de tratamento diferente antes de processar qualquer reembolso de paciente para mim.

### **Comunicações eletrónicas**

Autorizo a receção de comunicações eletrónicas administrativas da Lifespan, que podem incluir e-mails, mensagens de texto, mensagens telefónicas ou outros meios eletrónicos para vários fins, tais como marcação ou lembretes de consultas, inscrições em programas, inquéritos, questões de faturação/pagamento ou notificações relativas ao portal do paciente MyLifespan ou ao portal do paciente Coastal Medical, consoante o caso; reconheço que a privacidade e a segurança das comunicações eletrónicas não podem ser garantidas e que as pessoas com quem partilhei os meus endereços eletrónicos ou números de telefone podem ter acesso às minhas informações pessoais de saúde a partir destas transmissões.

### **Direito a um documento com diretivas antecipadas**

Se for admitido como paciente internado ou em observação, fui informado do meu direito de tomar decisões médicas e de ter um documento com diretivas, como um testamento vital ou uma procuração duradoura para cuidados de saúde. É da minha responsabilidade fornecer à minha equipa de cuidados uma cópia destes documentos para garantir que os meus desejos são conhecidos e respeitados.

### **Objetos pessoais**

Compreendo que a Lifespan não pode ser responsável pelos meus objetos pessoais e assumo o risco de perda se levá-los para qualquer Local de prestação de cuidados (Lifespan Care Site).

### **Dispositivos eletrónicos pessoais**

É proibida a utilização de dispositivos eletrónicos pessoais por pacientes e visitantes para tirar ou transmitir fotografias, gravações de vídeo ou de áudio de pacientes, pessoal médico ou funcionários do hospital.

### **Notificação da utilização de câmaras de segurança**

Existem câmaras de segurança em determinadas áreas públicas do hospital, incluindo algumas áreas destinadas aos pacientes.

### **Serviço de concierge Meds to Beds da Lifespan Pharmacy**

Reconheço e autorizo a inscrição no programa concierge Meds-2-Beds se for internado no Rhode Island Hospital ou no The Miriam Hospital ou se estiver internado ou no

serviço de urgência do Newport Hospital, durante o horário de funcionamento da Lifespan Pharmacy. Este serviço está disponível durante o horário de funcionamento da farmácia em instalações específicas.

Serei automaticamente inscrito no programa de concierge Meds-2-Beds da Lifespan, que tem como objetivo ajudar com questões de prescrição e garantir que tenho os meus medicamentos antes de receber alta médica. A equipa da farmácia de retalho da Lifespan irá efetuar as investigações necessárias sobre os benefícios, obter autorizações prévias, aviar os meus medicamentos para a alta médica e entregá-los no meu quarto. Se desejar recusar este serviço em qualquer altura até à entrega, posso informar a minha equipa de cuidados de saúde ou um representante da Lifespan Pharmacy, que anulará quaisquer reclamações e ajudará a transferir as minhas receitas para uma farmácia à minha escolha.

#### **Autorização para que um programa Lifespan (42 CFR PARTE 2) divulgue as minhas informações sobre o tratamento de drogas/álcool**

Se estiver a receber tratamento para drogas ou álcool (relacionado com perturbações relacionadas com o consumo de substâncias) em qualquer entidade fornecedora afiliada da Lifespan, também reconheço e autorizo o seguinte:

- Autorizo o programa Lifespan a divulgar as minhas reivindicações relacionadas com as perturbações decorrentes da utilização de substâncias e dados de encontros, incluindo o meu historial, diagnóstico, medicação e tratamento, para o meu registo LifeChart (o meu registo de saúde eletrónico na Lifespan) e para os meus prestadores de cuidados e profissionais que estão autorizados a aceder ao meu registo LifeChart, quer exerçam numa filial da Lifespan ou não. Este consentimento expirará se a Lifespan ou a sua organização sucessora e o LifeChart, ou o seu sistema de registos médicos eletrónicos sucessor deixarem de existir.
- Autorizo ainda a Lifespan a efetuar encaminhamentos para serviços certificados de especialistas de recuperação afiliados.
- Compreendo que posso revogar este consentimento por escrito com aviso ao(s) programa(s) da Lifespan onde recebi tratamento para drogas ou álcool em qualquer altura, mas isso não afetará as divulgações feitas com base no meu consentimento original.
- Tenho o direito de solicitar uma lista das entidades às quais as minhas informações sobre o tratamento da toxicod dependência ou do alcoolismo foram divulgadas com base neste consentimento, limitada às divulgações efetuadas nos últimos dois anos.

- Ao assinar este formulário de consentimento abaixo, reconheço que compreendi este formulário de consentimento e que isso significa que as minhas informações de tratamento protegidas ao abrigo do 42 CFR Parte 2 podem ser divulgadas ao meu registo LifeChart e acedidas pelos meus prestadores de cuidados e profissionais.

### **Autorização para telemedicina**

Se a visita for efetuada por telemedicina:

- Autorizo a discussão das minhas informações de saúde confidenciais e protegidas (PHI) e a receber tratamento através de comunicações interativas de áudio, vídeo ou dados (telemedicina) como se estivéssemos a discutir no hospital ou no local de tratamento.
- Posso recusar ou retirar o consentimento em qualquer altura sem afetar os meus futuros cuidados, tratamentos ou benefícios do programa.
- As informações divulgadas durante a minha sessão de telemedicina são geralmente confidenciais de acordo com os termos da lei, exceto em determinadas circunstâncias obrigatórias ou permitidas, como a denúncia de abusos ou ameaças de violência.
- Irei participar na telemedicina a partir de um espaço privado.
- Se participar numa terapia de grupo através de telemedicina, concordo em não discutir, gravar de qualquer forma (vídeo, áudio, fotografia, captura de ecrã, etc.) ou partilhar qualquer informação privada sobre qualquer pessoa do grupo ou sobre o conteúdo da discussão com qualquer pessoa alheia aos outros participantes do grupo ou à minha equipa de tratamento.
- Existem riscos associados à telemedicina, como interrupções, falhas técnicas ou interceção não autorizada de informações por parte de pessoas autorizadas durante a transmissão ou armazenamento.
- Compreendo que os serviços de telemedicina podem não ser tão abrangentes como os serviços presenciais e que posso discutir outras opções de tratamento, se necessário.
- Reconheço que, apesar dos meus melhores esforços, o meu estado de saúde pode não melhorar ou pode agravar-se.
- O meu plano de saúde irá receber a fatura referente aos serviços de telemedicina e poderei ser responsável por taxas moderadoras ou franquias, se aplicável.

## Confirmação

Ao assinar este formulário de consentimento, confirmo que li e compreendi o seu conteúdo. Sou o paciente, o progenitor/tutor do paciente ou um representante do paciente devidamente autorizado, capaz de rever e aceitar os termos. Concordo que a visita pode ocorrer pessoalmente ou através de telemedicina.

*Esta cópia em papel é apenas para sua informação; o original assinado eletronicamente foi integrado no seu processo clínico.*

Consentimento e Acordo do Doente (data: 10 17 2023)