

**FORMULÁRIO DE REFERÊNCIAS RELATIVAS A CUIDADOS AGUDOS DE REABIL./CCC A PACIENTES HOSPITALIZADOS
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(PORTUGUESE)**

**SECÇÃO 6: AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DE DADOS DE SAÚDE PESSOAIS /
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

A preencher por todas as recomendações (pelo assistente social/responsável pela alta hospitalar/gestor de processos) /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

Autorizo a _____ a divulgar os meus dados de saúde pessoais, a fim de me ser recomendado um especialista.
(Nome da instituição que divulga a informação)
(Name of facility disclosing information)

Organizações recomendadas / Organizations referred to:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Baycrest
Baycrest | <input type="checkbox"/> Hospital Markham Stouffville
Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Hospital Geral de Toronto Leste
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde William Osler
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Bridgepoint Health
Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> Cuidados de Saúde Providence
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde Toronto Grace
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> Hospital Central de York
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Hospital Credit Valley
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Sistema de Saúde Rouge Valley
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Centro de reabilitação de Toronto
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Outra (especificar)
Other (specify) _____ |
| <input type="checkbox"/> Serviços de cuidados de
saúde Halton
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Centro de cuidados de Saúde regional
Southlake
Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> Centro de Saúde Trillium
Trillium Health Centre | |
| <input type="checkbox"/> Lakeridge Health
Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> Hospital de reabilitação St. John
St. John's Rehab Hospital | <input type="checkbox"/> Centro de cuidados de saúde West Park
West Park Healthcare Centre | |

Nome do paciente em maiúsculas / Print Name of Patient: _____

Assinatura do Paciente/Substituto / Signature of Patient/Substitute: _____

Nome do Substituto: (Em maiúsculas) / Name of Substitute (Print name): _____

Relação para com o paciente, se for assinado por um Substituto / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- Sim, foi utilizado um intérprete na obtenção do consentimento. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
 Não foi necessário recorrer a um intérprete. / No interpreter was required.

Data (AAAA/MM/DD) / Date (YYYY/MM/DD): _____