



Autorização para Divulgar a Condição de HIV

Para o requerente: Informação pessoal referente à sua condição de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) foi fornecida a:

Ponto de Acesso aos Serviços de Envelhecimento (ASAP)

Os seus direitos:

- Assiste-lhe o direito de exigir que esta informação seja mantida confidencial.
- Se for elegível para beneficiar de Serviços do Programa de Assistência Domiciliária (HCP), tem direito a receber esses serviços, independentemente da decisão tomada a respeito de divulgar, ou não, qualquer informação sobre a sua condição de HIV.
- Assiste-lhe, ainda, o direito de informar o ASAP quanto às intenções relativas à disseminação de informação sobre a sua condição de HIV para outras agências envolvidas na prestação dos cuidados a si dispensados.

Os possíveis benefícios de permitir um acesso limitado à divulgação da sua condição de HIV incluem uma partilha de conhecimento e uma base para escolher as opções apropriadas de cuidados de saúde, numa partilha mútua entre si, o ASAP e os prestadores de cuidados de saúde.

Os possíveis riscos de permitir um acesso limitado à divulgação desta informação incluem a possibilidade de divulgação não autorizada da sua condição de HIV.

As suas opções

Por favor, marque **uma** opção:

- ☐ **Não** autorizo partilhar nenhuma informação referente à minha condição de HIV.
- ☐ Autorizo que **só** funcionários competentes do ASAP possam ter acesso à informação sobre a minha condição de HIV, e apenas na medida em que isso for necessário para garantirem os serviços.
- ☐ Autorizo que **só** funcionários competentes do ASAP e funcionários de organizações ou instalações responsáveis por me assistirem directamente na prestação de cuidados, possam ter acesso à informação sobre a minha condição de HIV, e apenas na medida em que isso for necessário para garantirem os serviços.

Por favor, leia este formulário com todo o cuidado antes de o assinar. Está a informar o ASAP das suas instruções sobre disseminação de informação relativa à condição de HIV.

Assinatura do requerente

Data

Para o ASAP: Se o cliente/requerente não escolher uma das opções acima, ou decidir não assinar este formulário, qualquer informação sobre a sua condição de HIV deverá ser mantida estritamente confidencial.