

**Eu dou**/**não dou** autorização ao(s) prestador(es) de cuidados abaixo referido(s) para disponibilizar os meus dados através o LSP. Li todas as informações no folheto " Sim! Desejo partilhar a minha informação médica; Dê permissão para compartilhar seus registros médicos!".

# Dados do médico de família ou farmácia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Está pedindo uma autorização para qual prestador de cuidados (prestador de cuidados 1)?** | **🞏 meu médico de família**  **🞏 minha farmácia** | **🞏 SIM**  **🞏 NÃO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** |  |
| **Endereço:** |  |
| **Código postal e localidade:** |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Está pedindo uma autorização para qual prestador de cuidados (prestador de cuidados 2)?** | **🞏 meu médico de família**  **🞏 minha farmácia** | **🞏 SIM**  **🞏 NÃO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** |  |
| **Endereço:** |  |
| **Código postal e localidade:** |  |
|  |  |

# Meus dados Não se esqueça de assinar.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apelido:** |  | **Iniciais:** |  | **🞏 M** | **🞏 F** |
| **Endereço:** |  | | | | |
| **Código postal e localidade:** |  | | | | |
| **Data de nascimento:** |  | **Assinatura:** |  | | |
|  |  | **Data:** |  | | |
|  |  |  |  |  |  |

# Quer pedir autorização para os seus filhos?

* Para crianças até os 12 anos: dê a sua autorização na qualidade de pai/mãe ou tutor. Para tal pode fazer uso dos formulários.
* Para crianças dos 12 aos 16 anos que queiram dar a sua autorização: Tanto você como pai/mãe ou tutor e a criança têm de assinar:
* As crianças a partir dos 16 anos dão a sua própria autorização e preenchem o seu próprio formulário.

# Dados dos meus filhos

Preencha aqui os dados das crianças para quem você quer tratar da autorização. **Não se esqueça de deixar a sua assinatura aqui em baixo.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome próprio e apelido:** |  | **Iniciais:** |  | **🞏 M** | **🞏 F** |
| **Data de nascimento:** |  | **Assinatura:** |  | **🞏 SIM** | **🞏 NÃO** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome próprio e apelido:** |  | **Iniciais:** |  | **🞏 M** | **🞏 F** |
| **Data de nascimento:** |  | **Assinatura:** |  | **🞏 SIM** | **🞏 NÃO** |
|  |  |  |  |  |  |

**Tem mais de dois filhos? Peça então um formulário de consentimento extra.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Assinatura de pai/mãe ou tutor:** |  | **Data:** |  |
|  |  |  |