PAHINTULOT PARA SA PAGGAMIT AT PAGSISIWALAT NG PROTEKTADONG IMPORMASYON SA KALUSUGAN

_____

Apelyido Pangalan Petsa ng Kapanganakan (Bu/Aw/Tn)

PINAHIHINTULUTAN KO SA PAMAMAGITAN NITO ANG

□ LAC+USC Medical Center	□ Rancho Los Amigos National Rehabilitation Ctr.
□ Olive View-UCLA Medical Center	□ High Desert Multi-Service Ambulatory Care Ctr.
□ Harbor-UCLA Medical Center	□ Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center
□ CHC/Health Center: _____	
□ Antelope Valley Community Clinic	□ Central Neighborhood Health Center
□ Community Health Alliance of Pasadena	□ JWCH, Inc.
□ Korean Health Education & Research Ctr.	□ Los Angeles Christian Health Center
□ Mission City Community Network	□ St. John's Well Child & Family Clinic
□ Other:_____ Facility Name Street Address City State Zip Code	

Upang Isiwalat Ang Pinangangalagaang Impormasyon Sa Kalusugan Sa:

_____

Pangalan ng Tanggapan ng Distrito ng Kagawaran ng Pampublikong Serbisyong Panlipunan Direksiyon ng Kalye

_____

Lungsod Estado Zip Code

Para sa tagal ng panahon simula sa, _____, at nagtatapos sa_____.
Petsa Petsa

PETSA NG PAGTATAPOS: Ang pahintulot na ito ay may-bisa hanggang sa mga sumusunod na petsa: _____/_____/20_____

IMPORMASYON NA ISISIWALAT

MANGYARING LAGYAN NG TSEK ANG LAHAT NG NAAANGKOP NA KAHON:

□ Discharge Summary
□ History and Physical
□ Consultation
□ Operative Report
□ Radiology Report
□ Radiology Films
□ Laboratory / Diagnostic Tests
□ Medical Progress Notes
□ Other (Please Specify) _____
_____

□ Mental Illness or Mental Health Assessment
□ Drug and/or Alcohol Abuse Treatment
□ Symptomatic HIV/AIDS
□ Sexually Transmitted Disease (s)
□ EKG Report
□ EEG Report
□ Summary of Medical History / Treatment

ANG LAYUNIN NG PAGSISIWALAT – IBIGAY ANG ISANG PALIWANAG SA LAYUNIN NG SINADYANG PAGGAMIT AT PAGSISIWALAT

_____Nauunawaan ko at sumasang-ayon ako na kumpletuhin at ibalik ng aking tagabigay ng pangangalaga sa kalusugan ang pormularyo na ABP 1676-1 sa Kagawaran ng Pampublikong Serbisyong Panlipunan (DPSS) upang kanilang matukoy ang aking pagiging marapat na makatanggap ng mga benepisyo.

Nauunawaan ko na ang impormasyon sa kalusugan na ginamit o isiniwalat bilang resulta ng paglagda ko sa awtorisasyon na ito ay hindi maaaring gamitin o isiwalat ng tagatanggap maliban kung ang isa pang awtorisasyon ay kinuha mula sa akin o ang naturang paggamit o pagsisiwalat ay tahasang kinakailangan o pinahihintulutan ng batas.

ANG IYONG MGA KARAPATAN NA MAY KINALAMAN SA AWTORISASYON NA ITO:

Karapatan Upang Tumanggap ng Kopya ng Awtorisasyon na Ito- Nauunawaan ko na kung lagdaan ko ang awtorisasyon na ito, ako ay bibigyan ng nilagdaang kopya ng pormularyo.

MGA SALIGAN: Nauunawaan ko na maaari akong tumangging lagdaan ang pahintulot na ito nang hindi naaapektuhan ang aking kakayahan upang makakuha ng pampagamot mula sa aking tagabigay ng pangangalaga ng kalusugan ngunit ang paggawa nito ay maaaring makaapekto sa aking pagiging karapat-dapat upang makatanggap ng mga benepisyo ng DPSS.

Ako ay nagkaroon ng pagkakataon na suriin at maunawaan ang nilalaman ng pormularyo ng pahintulot na ito. Sa pamamagitan ng paglagda sa pahintulot na ito, pinagtitibay ko na ito ay nagpapakita ng aking tumpak na kahilingan.

_____ _____

Lagda ng Pasyente/Legal na Kinatawan Ilimbag ang Pangalan Petsa

Kung iba ang nakalagda maliban sa pasyente, ipahayag ang kaugnayan at pahintulot na gawin ito:

_____ Petsa: _____/_____/_____

Saksi: _____ Ilimbag ang Pangalan _____

Karapatan na Bawiin Ang Pahintulot Na Ito – Nauunawaan ko na mayroon akong karapatang bawiin ang Pahintulot na ito sa anumang oras sa pamamagitan ng pagsasabi sa DPSS sa pamamagitan ng pagsulat. Maaari kong gamitin ang Pagbawi ng Pagpapahintulot sa ibaba ng pormularyong ito. Ikoreo o ihatid ang pagpapawalang-bisa sa sumusunod na direksiyon:

Nauunawaan ko rin na ang isang pagpapawalang-saysay ay hindi makakaapekto sa kakayahan ng DPSS o ng sinumang tagabigay ng pangangalagang pangkalusugan upang gamitin o isiwalat ang impormasyon sa kalusugan o mga dahilan na nauugnay sa mga naunang pagtitiwala sa Pahintulot na ito.

PAGPAPAWALANG-SAYSAY NG AWTORISASYON

Lagda ng Pasyente/Legal na Kinatawan: **Petsa:**

Kung iba ang nakalagda maliban sa pasyente, ipahayag ang kaugnayan at pahintulot na gawin ito: