

KAGAWARAN NG KALUSUGANG PANGKAISIPAN NG COUNTY NG LOS ANGELES
PAHINTULOT PARA SA PAGGAMIT O PAGSISIWALAT NG
PROTEKTADONG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN

KLIYENTE:

Pangalan ng Kliyente /Dating Pangalan

Petsa ng Kapanganakan

Numero ng Kliyente

Pangalan ng Legal (Kung naaangkop) na Kinatawan

Address ng Kalye

Lunsod, Estado ZIP Code

PINAHIHINTULUTAN ANG:

PAGGAMIT O PAGSISIWALAT NG PROTEKTADONG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN SA:

Pangalan ng Ahensya

Pangalan ng Tagapagbigay ng Serbisyong Pangangalagang Pangkalusugan/Iba Pa

Address ng Kalye

Address ng Kalye

Lunsod, Estado ZIP Code

Lunsod, Estado ZIP Code

IMPORMASYONG ILALABAS:

- Checkboxes for: Pagtatasa/Ebalwasyon, Mga Resulta ng Sikolohikal na Pagsusuri, Dayagnosis, Mga Resulta ng Laboratoryo, Kasaysayan ng Medikasyon/Kasalukuyang Medikasyon, Paggagamot, Kabuuang Rekord (Pangatwiranan), Iba Pa (Tukuyin):

PAALALA: Ang mga rekord ay maaaring kabilangan ng impormasyong kaugnay ng paggamit ng alkohol o droga at HIV o AIDS. Gayunman, hindi isisiwalat ang mga rekord sa pagpapagamot sa mga pasilidad ng droga at alkohol o mga resulta ng pagsusuri para sa HIV maliban kung partikular na hiniling.

Itsek ang lahat ng naaangkop: Mga Rekord sa Alkohol o Droga Mga Resulta ng Pagsusuri para sa HIV

Paraan ng paghahatid ng mga hiniling na rekord:

- Checkboxes for: Koreo, Pickup, Elektronikong Gamit (CD, USB)

LAYUNIN NG PAGGAMIT O PAGSISIWALAT: (Itsek ang angkop na kategorya)

- Checkboxes for: Kahilingan ng Kliyente, Iba Pa (Tukuyin):

Tatanggap ba ang ahensya ng anumang benepisyo para sa paggamit o pagsisiwalat ng impormasyon? Oo Hindi

Nauunawaan ko na ang aking Protektadong Impormasyong Pangkalusugan na ginamit o isiniwalat alinsunod sa Awtorisasyong ito ay maaaring hindi na protektado ng pederal na batas at maaaring gamitin o isiwalat pa ng tatanggap nang wala ang aking awtorisasyon. Nauunawaan ko rin na kapag ginamit o isiniwalat na ang aking impormasyon, hindi na maaari pa itong bawiin.

PETSA NG PAGKAWALA NG BISA: Ang Awtorisasyong ito ay balido hanggang Buwan / Araw / Taon.

KAGAWARAN NG KALUSUGANG PANGKAISIPAN NG COUNTY NG LOS ANGELES
AWTORISASYON PARA SA PAGGAMIT O PAGSISIWALAT NG
PROTEKTADONG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN

ANG IYONG MGA KARAPATANG MAY KINALAMAN SA AWTORISASYONG ITO:

Karapatang Makatanggap ng Kopya ng Awtorisasyon – Nauunawaan ko na kapag sumang-ayon akong pirmahan ang Awtorisasyong ito, bagay na hindi ko kinakailangang gawin, dapat akong bigyan ng pinirmahang kopya ng form.

Karapatang Bawiin ang Awtorisasyon – Nauunawaan ko na mayroon akong karapatang bawiin ang Awtorisasyong ito anumang oras sa pamamagitan ng pag-aabiso sa LACDMH nang nakasulat. Maaari kong gamitin ang Pagbawi ng Awtorisasyon sa ibaba ng form na ito at ipadala sa koreo o ihatid ang pagbawi kay:

Taong Kokontakin

Pangalan ng Ahensya

Address

Lunsod, ZIP Code ng Estado

Nauunawaan ko rin na ang pagbawi ay hindi makakaapekto sa kakayahan ng LACDMH o anumang tagapagbigay ng serbisyong pangangalagang pangkalusugan na gamitin o isiwalat ang impormasyong pangkalusugan para sa mga dahilang may kaugnayan sa naunang pagtitiwala sa Awtorisasyong ito o kung iniaatas ng batas.

Mga Kondisyon Nauunawaan ko na maaari akong tumanggap pirmahan ang Awtorisasyong ito nang hindi naaapektuhan ang aking kakayahang makakuha ng paggagamot. Gayunman, maaaring gawing kondisyon ng LACDMH sa pagbibigay ng paggagamot na kaugnay ng pananaliksik ang pagkuha ng awtorisasyon upang gumamit o magsiwalat ng protektadong impormasyon na nilikha para sa paggagamot na kaugnay ng pananaliksik na iyon. (Sa ibang salita, kung ang Awtorisasyong ito ay kaugnay ng pananaliksik na kinabibilangan ng paggagamot, hindi mo matatanggap ang paggagamot na iyon maliban kung pinirmahan mo ang form ng Awtorisasyon na ito.)

Nagkaroon ako ng pagkakataong suriin at unawain ang nilalaman ng form ng Awtorisasyon na ito. Sa pagpirma sa Awtorisasyon na ito, kinukumpirma ko na tumpak nitong sinasalamain ang aking mga kahilingan.

x

x

Pirma ng Kliyente /Legal na Kinatawan

Petsa

Kapag pinirmahan ng iba pang tao maliban sa kliyente, ipahayag ang relasyon at awtoridad:

x

PAGBAWI NG AWTORISASYON

Pangalan ng Kliyente

Pirma ng Kliyente/Legal na Kinatawan

Petsa

Kung pinirmahan ng ibang tao maliban sa kliyente, i-print ang pangalan at ipahayag ang relasyon at awtoridad.

Naka-print na Pangalan: _____

Relasyon at Awtoridad: _____