



Pahintulot para sa Obserbasyon ng Kawani/Boluntaryo/Intern ng Kagawaran ng Kalusugang Pangkaisipan ng Los Angeles County

Pahintulot at Awtorisasyon

Ang nakapirmang kliyente* o responsableng adulto** ay pumapayag at nagpapahintulot sa mga kawani, boluntaryo, at/o mga intern ng pasilidad/programang nabanggit sa itaas na obserbahan ang mga sesyon para sa kalusugang pangkaisipan para sa mga layunin ng edukasyon, pagsasanay, at/o kalidad ng serbisyo.

Nauunawaan at kinikilala ng lumagda sa ibaba ang mga sumusunod:

1. May karapatan akong tumanggi na payagan ang ibang kawani, mga boluntaryo, o mga intern na magmasid sa mga sesyon anumang oras.
2. Ang paglagda sa form na ito ay walang epekto sa pagbibigay o kalidad ng aking mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan.
3. Ang mga obserbasyon ay isasagawa lamang para sa mga layuning pang-edukasyon, pagsasanay, at/o pagtiyak ng kalidad.
4. Ang pahintulot na ito ay kusang-loob.
5. Mananatiling may bisa ang pahintulot na ito maliban kung bawiin ko (o ng aking legal na kinatawan**) ang pahintulot sa pamamagitan ng sulat, o hanggang sa ako ay maalis na sa mga serbisyo.
6. Maaaring isagawa ang pagmamasid mula sa likod ng isang one-way mirror o bintana, o kaya ay sa loob ng silid kasama ako at ang provider ng aking kalusugang pangkaisipan.

Mga Pagkilala at Lagda

Lagda ng Kliyente*:	Pangalan ng Kliyente:	Petsa:
Lagda ng Responsableng Adulto**:	Relasyon sa Kliyente:	Petsa:
Lagda ng Saksi / Tagapagsalin***:	Wikang Isinalin:	Petsa:

Dokumentasyon ng Pagsasalin sa Wika at ng Kopya:

* Ang Pahintulot na ito ay binibigyang kahulugan sa _____ para sa kliyente at/o responsableng nasa hustong gulang. (Tandaan: Kung ang isang isinaling bersyon ng Pahintulot na ito ay nilagdaan, ilakip ang isinalin na kopya sa English na bersyong ito.)

Ang kumpidensyal na impormasyong ito ay ibinibigay sa inyo alinsunod sa mga batas at regulasyon ng Estado at Pederal, kabilang ang ngunit hindi limitado sa mga naaangkop na probisyon ng Kodigo ng Kagalingan at Mga Institusyon, Kodigo Sibil, at Mga Pamantayan sa Privacy ng HIPAA. Ipinagbabawal ang pagkopya ng impormasyong ito para sa karagdagang pagsisiwalat nang walang paunang nakasulat na pahintulot ng kliyente/awtorisadong kinatawan na kinabibilangan nito maliban kung may ibang pinahihintulutan ang batas. Kinakailangang sirain ang impormasyong ito matapos matugunan ang nakasaad na layunin ng orihinal na kahilingan.

Pangalan: _____ ID#: _____

Ahensya: _____ #ng Provider: _____

Los Angeles County – Kagawaran ng Kalusugang Pangkaisipan



* **Katayuan ng Kopya ng Lumagda:**

- ☐ Ang lumagda ay binigyan ng kopya ng Pahintulot na ito
- ☐ Ang lumagda ay TUMANGGI sa kopya ng Pahintulot na ito

Petsa kung kailan ibinigay/tinanggihan: _____ Inisyal ng Kawani: _____

Dokumentasyon ng Eksepsyon at Pagbawi ng Pahintulot ng Kawani

(Pupunan lamang ng kawani kung hindi lagda o babawiin ng kliyente/responsableng adulto ang pahintulot)

- ☐ Handang tumanggap ng mga serbisyo ang kliyente, ngunit ayaw niyang lagdaan ang form ng Pahintulot na ito.
- ☐ Hindi nais ng kliyente na siya ay obserbahan.
- ☐ Ang Kliyente/Responsableng Adulto ay nagbigay na ng pahintulot noon, ngunit nais itong bawiin simula sa petsang: _____.

Lagda ng Kawani:

Petsa:

* Kliyenteng Menor de Edad: Ang isang kliyenteng menor de edad na tumatanggap ng mga serbisyo sa ilalim ng kanyang sariling lagda ay dapat mayroong nilagdaang form ng Pahintulot ng Menor de Edad na nakatala sa klinikal na rekord.

** Responsableng Adulto: Tagapangalaga, Tagapangasiwa ng Ari-arian, o Magulang ng menor de edad kung kinakailangan ng batas.

*** Saksi/Tagasalin: Taong nakasaksi sa paglagda ng form (kawani o iba pa) O nagsalin ng form na ito sa ibang wika para sa kliyente.

Ang kumpidensyal na impormasyong ito ay ibinibigay sa inyo alinsunod sa mga batas at regulasyon ng Estado at Pederal, kabilang ang ngunit hindi limitado sa mga naaangkop na probisyon ng Kodigo ng Kagalingan at Mga Institusyon, Kodigo Sibil, at Mga Pamantayan sa Privacy ng HIPAA. Ipinagbabawal ang pagkopya ng impormasyong ito para sa karagdagang pagsisiwalat nang walang paunang nakasulat na pahintulot ng kliyente/awtorisadong kinatawan na kinabibilangan nito maliban kung may ibang pinahihintulutan ang batas. Kinakailangang sirain ang impormasyong ito matapos matugunan ang nakasaad na layunin ng orihinal na kahilingan.

Pangalan: _____ ID#: _____

Ahensya: _____ #ng Provider: _____

Los Angeles County – Kagawaran ng Kalusugang Pangkaisipan