

**KAHILINGAN NG KLIYENTE PARA SA PAG-
ACCESS/PAGSISIYASAT NG IMPORMASYON SA KALUSUGAN
DEPARTAMENTO NG KALUSUGAN SA PAG-IISIP NG COUNTY NG LOS ANGELES (LOS
ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH, LACDMH)**

KLIYENTE:

Pangalan ng Kliyente

Petsa ng Kapanganakan
ng Kliyente

ng ID ng Kliyente

Address ng Kalye

Lungsod, Estado, ZIP

☐ **KAHILINGAN SA PAG-ACCESS AT PAGSISIYASAT SA AKING IMPORMASYON SA
KALUSUGAN, "ON SITE"**

☐ **KAHILINGAN NA I-EMAIL ANG AKING IMPORMASYON SA KALUSUGAN**

☐ **KAHILINGAN NA IPADALA SA MAIL ANG AKING IMPORMASYON SA KALUSUGAN**

☐ **KAHILINGAN NA MAGPICK-UP NG MGA HARD COPY SA:**

IMPORMASYON NA I-ACCESS O SIYASATIN:☐ Pagtatasa/Pagsusuri☐ Mga Resulta ng Sikolohikal na
Pagsusuri☐ Diagnosis☐ Mga Resulta sa Laboratoryo☐ Gamot☐ Mga Tala sa Paggamot/Pag-unlad☐ Buong Rekord☐ Iba pa (Tukuyin):

☐ Paghiling sa Lahat ng Programa ng Serbisyo

☐ Paghiling sa Partikular na Programa ng Serbisyo

(Tukuyin): _____

YUGTO NG PAGSISIYASAT: Humihiling ako ng impormasyon tungkol sa sumusunod na yugto ng panahon:

MULA _____ / _____ / _____ HANGGANG _____ / _____ / _____

Buwan Araw Taon

Buwan Araw Taon

☐

BUOD NG HINILING NA IMPORMASYON SA KALUSUGAN

**KAHILINGAN NG KLIYENTE PARA SA PAG-
ACCESS/PAGSISIYASAT NG IMPORMASYON SA KALUSUGAN
DEPARTAMENTO NG KALUSUGAN SA PAG-IISIP NG COUNTY NG LOS ANGELES (LOS
ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH, LACDMH)**

IYONG MGA KARAPATAN UKOL SA KAHILINGANG ITO PARA SA PAG-ACCESS:

Karapatan na Tumanggap ng Kopya ng Kahilingang Ito - Nauunawaan ko na dapat akong bigyan ng nilagdaang kopya ng form na ito.

Karapatang Humiling ng Pagsusuri sa Pagtanggig sa Pag-access- Nauunawaan ko na maaaring tanggihan ng DMH ang aking kahilingan na i-access ang aking impormasyon sa kalusugan, sa kabuuan o bahagi. Kung tinanggihan ako sa pag-access, maaari akong humiling ng pagsusuri sa kanilang desisyon sa pamamagitan ng pagsusumite ng ***Kahilingan para sa Pagrepaso sa Pagtanggig sa Pag-access***. Sa karamihan ng mga pagkakataon, magtatalaga ang DMH ng isa pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, na hindi direktang kasangkot sa desisyon sa pagtangi sa pag-access, para magsagawa ng pangalawang pagrepaso sa iyong kahilingan

LAGDA NG KLIYENTE: _____

O

LAGDA NG PERSONAL NA KINATAWAN:

Kung nilagdaan ng ibang tao maliban sa kliyente, sabihin ang kaugnayan at awtoridad para gawin ito:

PETSA: _____ / _____ / _____
Buwan Araw Taon

**KAHILINGAN NG KLIYENTE PARA SA PAG-
ACCESS/PAGSISIYASAT NG IMPORMASYON SA KALUSUGAN
DEPARTAMENTO NG KALUSUGAN SA PAG-IISIP NG COUNTY NG LOS ANGELES (LOS
ANGELES COUNTY DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH, LACDMH)**

(MGA) IBINIGAY NA FORM NG PAGKAKAKILANLAN:

- ☐ Lisensya sa Pagmamaneho ng Estado _____
- ☐ Kard ng Pagkakakilanlan ng Estado _____
- ☐ Sertipikasyon ng Kapanganakan _____
- ☐ ID sa Militar _____
- ☐ Iba pa (Magbigay ng mga detalye) _____

PASILIDAD: _____

PRACTITIONER: _____

PETSA: _____ / _____ / _____

Buwan Araw Taon

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa pagkapribado sa kalusugan, humingi sa Team ng Paggamot para sa isang kopya ng aming **Abiso ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado**. Maaari ka ring makakuha ng kopya sa pamamagitan ng pagbisita sa aming website sa <https://dmh.lacounty.gov/our-services/consumer-and-family-affairs/privacy> o sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan sa:

**Tanggapan ng Mga Karapatan ng Pasyente
Departamento ng Kalusugan sa Pag-iisip ng Los Angeles County
510 S. Vermont Ave., 21st Floor
Los Angeles, CA 90020**

Telepono: (800) 700-9996 Fax: (213) 330-0285

Salamat sa pagbibigay sa amin ng pagkakataong ito na pagsilbihan ka at pagbutihin ang katumpakan at pagkakumpleto ng iyong impormasyon sa kalusugan. Inaasahan namin ang patuloy na pagsilbi sa iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.