**AWTORISASYON UPANG ILABAS ANG MGA REKORD NA MEDIKAL AT PINOPROTEKTAHANG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN**

Kumpletuhin ang pormang ito kung humihiling ng mga kopya ng mga rekord na medikal, nagpapahintulot na ipadala ang mga rekord sa ibang tao o entidad, o nagpapahintulot ng pabigkas na palitan ng impormasyon. Ang mga hindi kumpleto o walang-bisang porma ay hindi ipoproseso. Kung nais mo tingnan o suriin ang iyong mga rekord, mangyaring gamitin ang “request for access (humiling ng akses)” na porma.

1. AWTORISASYON PARA SA PAGGAMIT, PAKIKIPAGPALITAN AT/O PAGSISIWALAT NG PINOPROTEKTAHANG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN (PROTECTED HEALTH INFORMATION, PHI)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apelyido: | Unang Pangalan: | Gitnang Inisyal: |
| (Mga) alyas: | | |
| Tirahan: | Lungsod/Estado: | Zip Code: |
| Petsa ng Kapanganakan: | Numero ng Telepono: | SSN: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. SINO ANG MAY PERMISONG **ILABAS** ANG IYONG IMPORMASYON? PANGALAN NG MGA INDIBIDWAL O ORGANISASYON. | 1. SINO ANG MAY PERMISONG **TANGGAPIN** ANG IYONG IMPORMASYON? PANGALAN NG MGA INDIBIDWAL O ORGANISASYON. | 1. Dalawang-Direksiyon na Palitan ng Impormasyon? | |
| (Mga) Pangalan (at relasyon kung angkop): | (Mga) Pangalan (at relasyon kung angkop): | Oo  Hindi | Inisyalan  Dito |
| Tirahan at/o Numero ng Telepono: | Tirahan at/o Numero ng Telepono: |  | |
| Numero ng Fax: | Numero ng Fax: |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **LAYUNIN NG PAGSISIWALAT:** MANGYARING **INISYALAN** ANG DAHILAN PARA SA IYONG KAHILINGAN. ANG BAHAGING ITO NG PORMA AY DAPAT KUMPLETUHIN. | | | |
| Inisyalan Dito | Paggamot o Pagkonsulta | Inisyalan Dito | Kahilingan ng Pasyente |
| Inisyalan Dito | Iba: | | |

1. **SAKOP NA PETSA NG MGA REKORDS NA ILALABAS**

Mangyaring ilagay ang panahon na ang mga rekord ay hinihiling mo. Ang mga rekord na sakop ng paglabas na ito ay kabilang ang mga rekord **lamang** na nalikha mula (petsa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hanggang (petsa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Kung ang mga petsa ay hindi tinukoy, isang taon lamang ng mga rekord ang ibibigay.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INISYALAN** ANG MGA AYTEM NA HINIHILING MONG ILABAS. ANG MGA AYTEM LAMANG NA NILAGYAN NG INISYAL ANG ILALABAS. | | | | |
| **MGA URI NG REKORD NG PANGUNAHING PANGANGALAGA** | |  | **MGA URI NG REKORD NG KALUSUGAN NG ISIP** | |
| Inisyalan Dito | Kasaysayan at Pisikal na Iksamen | Inisyalan Dito | Diyagnosis |
| Inisyalan Dito | Mga Resulta ng Pagsusuri sa Laboratoryo | Inisyalan Dito | Mga Pagtasa |
| Inisyalan Dito | Mga Tala ng Progreso | Inisyalan Dito | Mga Pagtayang Kaugnay ng Sakit sa Isip |
| Inisyalan Dito | Mga Ulat ng X-Ray/Paglalarawan | Inisyalan Dito | Mga Resulta ng Pagsusuri ng Isipan |
| Inisyalan Dito | Mga Rekord ng Pagsingil | Inisyalan Dito | Mga Tala ng Progreso |
| Inisyalan Dito | Mga Rekord na Dental | Inisyalan Dito | Mga Pagkonsulta |
| Inisyalan Dito | Mga Rekord ng Imyunisasyon LAMANG | Inisyalan Dito | Mga Resulta ng Pagsusuri sa Laboratoryo |
| Inisyalan Dito | Mga Rekord ng Kalusugang Pang-asal/Mga Rekord ng LCSW | Inisyalan Dito | Mga Gamot |
| **IBANG MGA URI NG REKORD** | |
| Inisyalan Dito | Mga Resulta ng Pagsusuri para sa HIV at HIV Antibody | Inisyalan Dito | Iba: |
| Inisyalan Dito | Mga Tala ng Pagkonsulta | Inisyalan Dito | Iba: |

1. **MGA KARAPATAN**

Maaari akong tumanggi sa pagpirma sa awtorisasyong ito. Hindi ito makakaapekto sa aking kakayahang makakuha ng paggamot.

* May karapatan akong pawalang-bisa ang awtorisasyong ito kahit kailan sa sulat sa pamamagitan ng pagsumite ng aking pagpapawalang-bisa sa sumusunod na address:

**Para sa mga Rekord ng Para sa mga Rekord ng**

**Pangunahing Pangangalaga at Dental: Kalusugan ng Isip:**

**ATTN: Medical Records Unit ATTN: Central Medical Records**

**2101 Courage Drive, MS 10-150 2101 Courage Drive, MS 10-300**

**Fairfield, CA 94533 Fairfield, CA 94533**

**Tel: (707) 784-2048 Tel: (707) 784-2110**

**Fax: (707) 784-1494 Fax: (707) 425-4072**

* Ang aking pagpapawalang-bisa ay magkakabisa pagkatanggap, maliban sa mga rekord na nailabas na.
* May karapatan akong tumanggap ng kopya ng awtorisasyong ito at aalukin ng isang kopya.
* Maaari akong magsuri o kumuha ng isang kopya ng impormasyong pangkalusugan na hinihingi sa akin na ipahintulot ang paggamit at/o pagsisiwalat.
* Ang impormasyong isiniwalat alinsunod sa awtorisasyong ito ay maaaring muling-isiwalat ng tumanggap. Ang naturang muling-pagsisiwalat sa ilang kaso ay ipinahihintulot ng mga pederal at pang-estadong batas.
* Sa ilang kaso, ang mga paghiling ng rekord ay maaaring ipagkait. Kung nais mong iapela ang isang pagkakait ng paglabas ng rekord, maaari kang gumawa ng nakasulat na kahilingan sa angkop na Direktor na Medikal sa Pangunahing Pangangalaga o Kalusugang Pang-asal sa Yunit ng mga Rekord na Medikal na angkop.

1. Ang isang pangkalahatang awtorisasyon para sa paglabas ng mga rekord na medikal ay HINDI sapat para sa layunin ng paglabas ng mga rekord na kaugnay ng alkohol o droga. Ang mga naturang rekord ay pinoprotektahan sa ilalim ng mga pederal na regulasyon na namamahala sa Pagkakompidensiyal ng mga Rekord ng Pasyente na Kaugnay ng Pag-abuso sa Alkohol at Droga, 42 CFR Bahagi 2, at hindi maaaring isiwalat kung walang partikular na nakasulat na pahintulot maliban kung iba ang itinatadhana ng batas. Ang mga pinoprotektahang rekord na 42 CFR Bahagi 2 ay pinamamahalaan ng Dibisyon ng Kalusugang Pang-asal.

Naiintindihan ko na ang mga bayad ay maaaring singilin para sa mga kopya. Ang mga kopyang hiniling para sa o ng isang di-nagtutubong abugadong kumakatawan sa isang kliyente ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Panlipunan ay hindi sisingilin.

1. **Ang paglabas na ito ay matatapos sa (petsang iniaatas)**: (pinakamatagal na 1 taon mula sa petsa ng pirma).
2. **PIRMA NG KLIYENTE:**  Petsa:
3. **PIRMA NG KINATAWAN:** Petsa:

Kung pinirmahan ng isang taong iba sa pasyente, ilagay ang relasyon sa pamamagitan ng pag-inisyal sa angkop na kahon at pagsulat ng iyong pangalan. Ang katunayan ay kinakailangan para sa pagiging legal na tagapangalaga o conservator. Mangyaring magbigay ng kopya ng katunayan para sa talaan.

|  |  |
| --- | --- |
| Inisyalan Dito | Magulang |
| Inisyalan Dito | Legal na tagapangalaga ng menor de edad |
| Inisyalan Dito | Conservator o legal na kinatawan |
| Inisyalan Dito | Iba: |

1. Para sa Paggamit Lamang ng mga Tauhan ng mga Rekord na Medikal:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Approval to Disclose | □ YES | □ NO  If no, state reason: |
| Medical Records staff name |  | |
| Approving clinician or provider signature and date, if applicable |  | |
| Medical Records staff sign and date |  | |