

## Pahintulot para sa mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip

Sumasang-ayon akong boluntaryong tatanggap ng klinikal na paggagamot na ipagkakaloob ng Solano County Mental Health. Nauunawaan kong ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ipagkakaloob ng County ng Solano ay maaaring kabilangan ng, ngunit maaaring hindi maging limitado sa, pagtatasa, pang-indibidwal na sikoterapiya, panggrupong sikoterapiya, panggrupong siko-edukasyon, pamamahala ng kaso at pangangasiwa sa gamot. Ang uri at abot ng mga serbisyong maaaring matanggap ko ay pagpapasyahan pagkatapos ng paunang pagtatasa at mga pakikipagtalakayan sa aking (mga) provider (tagapagkaloob) ng paggagamot.

Nauunawaan kong sa pamamagitan ng pag-aawtorisa sa paggagamot, maaaring makipagpalitan ng personal na impormasyon sa kalusugan sa limitadong paraan para sa mga layunin lamang ng paggagamot, pagbabayad at pagpapatakbo sa pangangalagang pagkalusugan, o gaya ng pag-aawtorisa ng batas. Nauunawaan kong dapat magbahagi ang aking (mga) provider ng paggagamot ng limitadong kumpidensyal na impormasyon sa mga sumusunod na kalagayan:

- Kung ang provider ng paggagamot ay may mabuting dahilan upang maniwalang maaari akong magdulot ng pinsala sa ibang tao o sa aking sarili.
- Kung ang provider ng paggagamot ay may mabuting dahilan upang maniwalang ang isang bata ay pisikal o sekswal na inaabuso o pinababayaan.
- Kung ang provider ng paggagamot ay may mabuting dahilan upang maniwalang ang isang nakakatanda (65 taong gulang o mas matanda pa) o dumedependeng adulto (18-64 taong gulang na may mga limitasyon sa pangangatawan o pag-iisip na nagdulot ng restriksyon sa kanyang kakayahan) ay inaabuso sa pisikal o pinansyal na paraan, pinababayaan, inaabandona, o iba pang pagtratong nagreresulta sa pinsala sa pangangatawan, pananakit, o pagdurusa ng pag-iisip.
- Gaya ng iniaatas sa ibang paraan ng batas gaya ng nakabalangkas sa Notice of Privacy Practices (NPP, Abiso ng mga Gawain sa Pagkapribado), ang kopya nito ay ipinadala sa akin

Ang aking impormasyon ay protektado rin sa ilalim ng mga probisyon ng Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Pederal na Batas sa Pagkakaroon ng Segurong Pangkalusugan at Pananagutan). Ang lahat ng impormasyon tungkol sa akin na ipinadala sa elektronikong paraan (hal. fax, e-mail) ay kumpidensyal.

Nauunawaan kong ang mga serbisyo ng County ng Solano ay ipinagkakaloob sa pamamagitan ng iba't ibang propesyonal sa kalusugan ng pag-iisip. Ang ilan sa mga provider ng paggagamot na ito ay maaaring nagsasanay pa (hal. mga estudyante, intern) at ang ilang mga provider ng paggagamot ay maaaring hindi pa lisensyado. Ang lahat ng hindi pa lisensyadong propesyonal at ang mga nagsasanay pa ay pinangangasiwaan ng mga lisensyadong propesyonal. Nauunawaan kong kung ang aking provider ng paggagamot ay nagsasanay pa o hindi pa lisensyado, maaari silang magbahagi ng impormasyong tungkol sa akin sa isang lisensyadong propesyonal na nagkakaloob ng klinikal na superbisyon o nangangasiwa ng pag-uugnay ng pangangalaga sa akin. Pananatilihin ng superbisor na ito ang kumpidensyalidad maliban sa mga espesyal na kalagayang unang inilarawan.

Nauunawaan kong habang ang paggagamot (sikoterapiya at/o gamot) ay maaaring magkaloob ng mga kapakinabangan, posible rin ang mga panganib. Maaaring maging kabilang sa mga kapakinabangan ng paggagamot ang kumpleto o malaking paghupa ng mga sintomas at/o pagpapabuti sa pagganap na pakikisalamuha, interpersonal, sa trabaho, o sa pag-aaral. Maaaring maging kabilang sa mga panganib na nauugnay sa hindi pagpapagamot ang higit pang paglubha ng mga sintomas at/o paghina ng pagganap na pakikisalamuha, interpersonal, sa trabaho, o sa pag-aaral.

Sa pamamagitan ng pagpirma sa ibaba, sumasang-ayon ako sa pakikibahagi sa mga naaangkop na serbisyo ng paggagamot na ipagkakaloob ng Solano County Mental Health. May karapatan akong tumanggap ng makibahagi sa paggagamot at maaari kong bawiin ang aking pahintulot at tumigil sa pakikibahagi sa paggagamot sa anumang oras. Kung mayroon akong mga katanungan tungkol sa form ng pahintulot na ito o tungkol sa mga inihahandog na serbisyo, maaari kong talakayin ang mga ito sa aking (mga) provider ng paggagamot. Maaari akong sumagot nang may kaalaman at karunungan sa mga tanong tungkol sa aking paggagamot at makibahagi sa mga pagpapasya tungkol sa paggagamot na iyon. Nabasa ko at ganap na nauunawaan ang nasa itaas at nagkaroon ng pagkakataong ibigay ang anumang mga katanungan ko, at nasagot ang aking mga katanungan.

\_\_\_\_\_

Ilimbag ang Pangalan ng Kliyente

\_\_\_\_\_

Petsa ng Kapanganakan

\_\_\_\_\_

Pirma ng Kliyente

\_\_\_\_\_

Petsa

\_\_\_\_\_

Pirma ng Awtorisadong Kinatawan

\_\_\_\_\_

Petsa

**Tumatanggi ang kliyente o hindi makapirma ngunit pasalitang sumasang-ayon sa pagtanggap ng mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip sa sumusunod na petsa:**

\_\_\_\_\_

Mga Inisyal  
ng Staff

\_\_\_\_\_

Petsa

DIBISYON SA KALUSUGAN NG PAG-IISIP NG COUNTY NG SOLANO  
**PAHINTULOT PARA SA PAGGAGAMOT**

**Kumpidensyal na Impormasyon ng Pasyente**

Tingnan ang Kodigo sa Kapakanan at mga Institusyon ng California Seksyon 5328 at Batas sa Pagdala at Pananagutan sa Impormasyon sa Kalusugan, Mga Patakaran sa Pagkapribado at Seguridad  
Pahina 1 of 1

**PANGALAN NG KLIYENTE:**

**MEDIKAL NA REKORD #:**