

COUNTY OF LOS ANGELES
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Petsa: _____
Pangalan ng Kaso: _____
Numero ng Kaso: _____
Pangalan ng Manggagawa: _____
ID ng Manggagawa: _____
Numero ng Telepono ng Manggagawa: _____
ID ng Kostumer: _____

Pahintulot Para Sa Paggamit At
Pagsisiwalat Ng Protektadong
Impormasyon Sa Kalusugan

LAYUNIN NG FORM NA ITO: Ang form na ito ay humihiling sa iyo na sumang-ayon na payagan ang Kagawaran ng Pamublikong Serbisyong Panlipunan (DPSS) na makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong kalusugan. Gagamitin ng DPSS ang impormasyong ito upang matukoy ang iyong mga benepisyo.

Kung makumpleto at lagdaan mo ang form na ito:

- Sumasang-ayon ka na maaaring ibahagi ng iyong doktor o tagabigay ng pangangalagang pangkalusugan ang impormasyon tungkol sa iyong kalusugan sa DPSS.
- Maaaring ibahagi ng DPSS ang iyong impormasyon.
- May karapatan kang magbago ng isip sa anumang oras.

Kung nagpasya kang hindi lagdaan ang form na ito:

- Hindi ito makakaapekto sa pangangalaga ng iyong kalusugan.
- Maaaring makaapekto ito sa iyong mga benepisyo sa DPSS.

APELYIDO

PANGALAN

PETSA NG KAPANGANAKAN (BB/AA/TTTT)

Pinapahintulutan ko ang (mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antelope Valley Community Clinic | <input type="checkbox"/> Central Neighborhood Health Center |
| <input type="checkbox"/> CHC/Health Center: | <input type="checkbox"/> Harbor-UCLA Medical Center |
| _____ | <input type="checkbox"/> JWCH, Inc. |
| <input type="checkbox"/> Community Health Alliance of Pasadena | <input type="checkbox"/> LAC+USC Medical Center |
| <input type="checkbox"/> High Desert Multi-Service Ambulatory Care Center | <input type="checkbox"/> Martin Luther King, Jr. Multi-Service Ambulatory Care Center |
| <input type="checkbox"/> Korean Health Education & Research Center | <input type="checkbox"/> Olive View-UCLA Medical Center |
| <input type="checkbox"/> Los Angeles Christian Health Center | <input type="checkbox"/> St. John's Well Child & Family Clinic |
| <input type="checkbox"/> Mission City Community Network | |
| <input type="checkbox"/> Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center | |

Iba Pa: _____

PANGALAN NG PASILIDAD

KALYE

LUNGSOD

ESTADO

ZIP CODE

Upang ibigay ang impormasyon tungkol sa aking kalusugan sa:

PANGALAN NG TANGGAPAN NG DISTRITO NG KAGAWARAN NG PAMPUBLIKONG SERBISYONG PANLIPUNAN (DPSS)

KALYE

LUNGSOD

ESTADO

ZIP CODE

Ang awtorisasyong ito ay may bisa hanggang sa: _____ / _____ / _____.

PETSA NG PAGTATAPOS (BB/AA/TTTT)

Ang impormasyon na maaaring ibigay (mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop):

- Buod ng Paglabas.
- Nakaraan at Pisikal na Rekord.
- Konsultasyon.
- Ulat ng Operasyon.
- Ulat ng Radiology.
- Mga Film ng Radiology.
- Laboratoryo / Mga Diagnostic Test.
- Mga Tala ng Progreso sa Medikal.
- Iba Pa (Mangyaring Tukuyin): _____
- Sakit sa Pag-iisip o Pagsusuri sa Kalusugan ng Isip.
- Paggamot sa Pang-aabuso sa Droga at/o Alak.
- Sintomas ng HIV/AIDS.
- (Mga) Sakit na Maaaring Ipasa sa Sekswal na Aktibidad.
- Ulat ng EKG.
- Ulat ng EEG.
- Buod ng Kasaysayang Pangmedikal/Paggamot.

Mayroon kang karapatan sa isang kopya ng form na ito. Kung pumirma ka sa form na ito, makakakuha ka ng isang may pirmang kopya ng form.

Kung ayaw mong lagdaan ang form na ito:

- Hindi ito makakaapekto sa paggamot ng iyong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan.
- Maaaring makaapekto ito kung karapat-dapat ka para sa mga benepisyo ng DPSS.

_____ Naiintindihan ko at sumang-ayon na ang aking tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ay maaaring magbigay ng impormasyon tungkol sa aking kalusugan sa DPSS. Gagamitin ng DPSS ang impormasyong ito upang matukoy ang aking pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo.

_____ Naiintindihan ko na maaaring ibahagi ng DPSS ang impormasyong ginamit o ibinigay dahil nilagdaan ko ang form na ito. Kung nangyari ito, ang aking impormasyon ay hindi na protektado ng federal health information privacy law.

Nagkaroon ako ng pagkakataong suriin at maunawaan ang form na ito. Sa pagpirma dito, kinukumpirma ko na ito ay tunay na sumasalamin sa aking mga kagustuhan.

LAGDA NG PASYENTE/LEGAL NA KINATAWAN ILIMBAG ANG PANGALAN PETA (BB/AA/TTTT)

LAGDA NG SAKSI ILIMBAG ANG PANGALAN/KAUGNAYAN SA PASYENTE PETA (BB/AA/TTTT)

KUNG MAGBAGO ANG IYONG ISIP

May karapatan kang magbago ng isip sa anumang oras. Pagkatapos mong makumpleto at lagdaan ang form na ito, kung magbabago ang iyong isip, dapat mong ipaalam sa DPSS sa pamamagitan ng pagsulat. Maaari mong gawin ito sa pamamagitan ng:

- Pagpirma sa Pagpapawalang-bisa ng Awtorisasyon.
- Pagpapadala o paghahatid ng pinirmahang form na ito sa sumusunod na address:

PAGPAPAWALANG-BISA NG AWTORISASYON

Pinapawalang-bisa ko ang awtorisasyon na ibinigay ko noon. Naiintindihan ko na magagamit at maibabahagi ng DPSS ang impormasyon sa kalusugan na ibinahagi na ng aking tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan sa DPSS.

LAGDA NG PASYENTE/LEGAL NA KINATAWAN

ILIMBAG ANG PANGALAN

PETSA (BB/AA/TTTT)