



SAN MATEO COUNTY HEALTH

**BEHAVIORAL HEALTH
& RECOVERY SERVICES**

Pangalan ng Kliyente:	
Numero ng Medikal na Rekord	

**KUMPIDENSYAL NA IMPORMASYON NG PASYENTE:
Tingnan ang Seksyon 5328 ng Kodigo ng California
tungkol sa Kapakanan at Mga Institusyon**

APPLICATION PARA SA MGA SERBISYO AT PAHINTULOT SA PAGGAMOT

Sa pamamagitan nito kusang-loob kong ginagawa ang application para sa sarili ko, o sa aking menor de edad na anak, upang makatanggap ng pangangalaga at paggamot mula sa Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Paggaling ng San Mateo County (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS).

Nauunawaan ko na ang nasabing pangangalaga at paggamot ay maaaring binubuo ng proseso ng pagsusuri, mga serbisyo sa kalusugan ng isip, pamamahala ng kaso at sa ilang mga pangyayari, gamot. Kapag tumanggap ako o ang aking anak ng gamot, ang psychiatrist ko o ang psychiatrist ng anak ko ay maaaring ibahagi ang impormasyon sa iba pang mga doktor tungkol sa mga iniresetang gamot at maaaring matanggap ang kanilang impormasyon sa pagrereseta.

Kung tatanggapin ang application na ito, awtorisado ang BHRS na magbigay ng paggamot/mga serbisyong inilarawan sa itaas. Ang nasabing pahintulot, gayunpaman ay hindi isinusuko ang aking mga karapatang sibil; may karapatan akong tumanggi sa paggamot laban sa payong medikal.

Mas nauunawaan ko na mayroon akong patuloy na karapatan sa isang paliwanag ng paggamot na ibibigay, at na maaari kong ipaabot ang mga reklamo tungkol sa mga serbisyo sa Opisina ng Mga Kaugnayan sa Consumer at Pamilya, 800-388-5189. Mas nauunawaan ko na kumpidensyal ang aking mga rekord sa ilalim ng batas ng Pederal at Estado, at hindi ito ilalabas sa mga nasa labas na indibiduwal o ahensiya nang wala ang aking ipinahayag na nakasulat na pahintulot. Gayunpaman, napagtanto ko na maaaring ilabas ang ilang partikular na impormasyon nang wala ang aking pahintulot sa ilalim ng mga pangyayaring inilarawan sa Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy ng BHRS.





Pangalan ng Kliyente:	
Numero ng Medikal na Rekord	

Nabasa ko ang nasa itaas at sumasang-ayon akong tanggapin ang paggamot para sa sarili ko/sa aking anak, at higit pa akong sumasang-ayon sa lahat ng kundisyong isinaad dito. Kinukumpirma kong nakatanggap ako ng kopya ng kasunduang ito.

 Pirma ng Kliyente/Magulang o Tagapag-alaga _____
Petsa

 Pirma ng Clinician _____
Petsa

Tumanggi ang kliyente o hindi siya makakapirma pero sinabi niyang sumasang-ayon siya sa Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali sa petsang inilagay sa ibaba.

_____ _____
 Dahilan kung bakit tumanggi o hindi makapirma ang kliyente. Petsa

Pagkumpirma sa Pagtanggap ng Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy

Kinukumpirma kong nakatanggap ako ng kopya ng ABISO NG MGA KASANAYAN SA PRIVACY ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Paggaling ng San Mateo County.

_____ _____
 Pirma ng Kliyente/Magulang o Tagapag-alaga Petsa

Inalok ang kliyente ng ABISO NG MGA KASANAYAN SA PRIVACY pero hindi tumanggi siyang tanggapin ito.





SAN MATEO COUNTY HEALTH
**BEHAVIORAL HEALTH
& RECOVERY SERVICES**

Pangalan ng Kliyente:	
Numero ng Medikal na Rekord	

Pirma ng Clinician

Petsa

- Hindi inalok ang kliyente ng ABISO NG MGA KASANAYAN SA PRIVACY, para sa sumusunod na dahilan:

Pirma ng Clinician

Petsa

