



San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services
Yunit ng mga Serbisyong Kaugnay ng Alkohol at Ibang mga
Droga (Alcohol and Other Drugs, AOD)

**AWTORISASYON PARA SA PAGGAMIT O
PAGSISIWALAT NG PROTEKTADONG IMPORMASYONG
PANGKALUSUGAN**

Ang pagkumpleto ng dokumentong ito ay nagpapahintulot ng pagsisiwalat at/o paggamit ng nakakapagpakilala sa tao na impormasyong pangkalusugan gaya ng nakasaad sa ibaba, kaayon ng batas ng California at Pederal na Batas na nauukol sa pagkapribado ng naturang impormasyon. **Ang kabiguang magbigay ng lahat ng impormasyon na hiniling ay maaaring magpawalang-bisa sa Awtorisasyong ito.**

Ako, si (Pangalan ng Kliyente) _____ Petsa ng Kapanganakan _____

Ay nagpapahintulot sa palitan ng impormasyong pangkalusugan (gaya ng tinukoy sa ibaba) sa pagitan ng

San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services – AOD Unit
Staff/Program _____

AT ang sumusunod na tao/organisasyon:

Pangalan _____
Tirahan _____
Tel _____ Fax _____

Ang Awtorisasyong ito ay angkop sa sumusunod na impormasyon (Inisyalan ang isa o higit):

- _____ Mga ulat ng pagtaya, kabilang ang diyagnosis
- _____ Plano sa Paggamot/Mga Rekomendasyon
- _____ Buod ng Paglabas
- _____ Ang buong rekord ng AOD na may kasaysayan at kondisyon ng isip at katawan at paggamot na ipinagkakaloob, kabilang ang HIV/AIDS
- _____ Tanging ang sumusunod na impormasyong pangkalusugan: _____
- _____ Tanging ang impormasyon mula (Petsa) _____ hanggang (Petsa) _____

Ang impormasyong ito ay gagamitin para sa sumusunod na (mga) layunin: (Inisyalan ang isa o higit)

- _____ Pag-uugnay ng mga serbisyo/mga Pagrekomenda
- _____ Pagtaya/Paggamot
- _____ Pagsangguni/Ika-2opinyon
- _____ Iba (Tukuyin): _____

Pangalan ng Kliyente _____

Ang Awtorisasyong ito ay dapat na may-bisa para sa isang taon mula sa petsa na pinirmahan, o hanggang (petsa):

MGA KABAWALAN

Ang pederal na batas at batas ng California ay nagbabawal sa mga tumanggap ng inyong impormasyong pangkalusugan na muling isiwalat ang naturang impormasyon maliban kung may nakasulat na awtorisasyon mula sa inyo o gaya ng partikular na iniaatas o ipinahihintulot ng batas. Gayunman, kung ipinahihintulot ninyo ang pagsisiwalat ng inyong impormasyong pangkalusugan sa isang taong hindi inaatasan ng batas na panatilihin itong kompidensiyal, ito ay maaaring muling isiwalat at maaaring hindi na protektado.

AKING MGA KARAPATAN

Maaari akong tumanggap pirmahan ang Awtorisasyong ito. Ako ay maaaring magsuri o kumuha ng kopya ng protektadong impormasyong pangkalusugan na isinisiwalat. May karapatan akong tumanggap ng kopya ng Awtorisasyong ito. Maaari kong pawalang-bisa ang Awtorisasyong ito kahit kailan. Ang aking pagpapawalang-bisa ay dapat na nakasulat, pinirmahan ko o sa ngalan ko, at inihatid sa sumusunod na tirahan:

Ang aking pagpapawalang-bisa ay magkakabisa pagkatapos matanggap, pero hindi magkakabisa kung ang humiling o ibang mga tao ay kumilos nang umaasa sa Awtorisasyong ito. **Ang paggamot, pagbabayad, pagpapatala at/o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo ay hindi ibabatay sa aking pagbibigay, o pagtanggap magbigay, ng Awtorisasyong ito.**

Pirma _____ **Petsa** _____
(Kliyente/Legal na Kinatawan)

Kung hindi ang kliyente ang pumirma, ilarawan ang relasyon: _____

Pirma ng **Testigo** ng Kliyente/Kinatawan _____