



Yunit ng Mga Serbisyong Kaugnay ng Pag-inom ng Alak at Paggamit ng Ibang Gamot (AOD) ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (BHRS) ng County ng San Mateo

**Awtorisasyon para sa Paggamit o Paghahayag ng  
 Pinoprotektahang Impormasyon sa Kalusugan**

Ang pagkumpleto ng dokumentong ito ay nagpapahintulot sa paghahayag at/o paggamit ng impormasyon sa kalusugan na nagbibigay ng indibidwal na pagkakakilanlan gaya ng nakasaad sa ibaba, alinsunod sa batas ng California at Pederal na batas na nauukol sa pagkapribado ng naturang impormasyon. **Kapag hindi naibigay ang lahat ng hinihinging impormasyon, maaaring hindi magkaroon ng bisa ang Awtorisasyong ito.**

Ako, si (Pangalan ng Kliyente) \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_

**Ay pinahihintulutan ang pagpapalitan ng impormasyon sa kalusugan (gaya ng nakasaad sa ibaba) sa pagitan ng**

Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling ng County ng San Mateo – Mga Kawani/Programang Yunit ng Mga Serbisyong Kaugnay ng Pag-inom ng Alak at Paggamit ng Ibang Gamot (Alcohol and Other Drugs, AOD) \_\_\_\_\_

AT ng sumusunod na tao/organisasyon:

Pangalan \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nalalapat ang Awtorisasyong ito sa sumusunod na impormasyon (Lagyan ng inisyal ang isa o higit pa):

- \_\_\_\_\_ Mga ulat ng pagtatasa, kabilang ang diyagnosis
- \_\_\_\_\_ Plano sa Paggamot/Mga Rekomendasyon
- \_\_\_\_\_ Buod ng Paglabas
- \_\_\_\_\_ Kumpletong talaan ng AOD kasama ang kasaysayan ng kundisyon ng isip at katawan at ibinigay na paggamot, kabilang ang HIV/AIDS
- \_\_\_\_\_ Ang sumusunod na impormasyon sa kalusugan lang: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Ang impormasyon lang mula (Petsa) \_\_\_\_\_ hanggang (Petsa) \_\_\_\_\_

Gagamitin ang impormasyong ito para sa (mga) sumusunod na layunin: (Lagyan ng inisyal ang isa o higit pa)

- \_\_\_\_\_ Mga serbisyo ng pagkoordinar/Mga referral
- \_\_\_\_\_ Pagkonsulta/ika-2opinyon
- \_\_\_\_\_ Pagtatasa/Paggamot
- \_\_\_\_\_ Iba pa (Tukuyin): \_\_\_\_\_



Pangalan ng Kliyente \_\_\_\_\_

Maliban kung babawiin ko ang pahintulot, may bisa ang Awtorisasyong ito hanggang sa partikular na petsang nakasaad sa ibaba o pagkalabas sa Yunit ng Mga Serbisyong Kaugnay ng AOD ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling ng County ng San Mateo, alinman ang mauna:

- 3 taon mula sa petsa kung kailan nilagdaan/pinahintulutan ang form na ito. Petsa ng pag-expire: \_\_\_\_\_
- Ibang Petsa: \_\_\_\_\_ (Kung iba sa petsang tinukoy sa itaas)

**MGA PAGHIHIGPIT**

Pinagbabawalan ng pederal na batas at batas ng California ang mga tumanggap ng iyong impormasyon sa kalusugan na muling ihayag ang naturang impormasyon maliban na lang kung mayroong nakasulat na awtorisasyon mo o kung partikular na iniaatas o pinahihintulutan ng batas. Gayunpaman, kung pinahintulutan mo ang paghahayag ng iyong impormasyon sa kalusugan sa isang tao na hindi legal na inaatasang panatilihin itong kumpidensyal, maaari itong maihayag muli at hindi na maprotektahan.

**AKING MGA KARAPATAN**

Maaari akong tumanggap pirmahan ang Awtorisasyong ito. Maaari akong sumuri o kumuha ng kopya ng pinoprotektahang impormasyon sa kalusugan na inihahayag. May karapatan akong tumanggap ng kopya ng Awtorisasyong ito. Maaari kong bawiin ang Awtorisasyong ito anumang oras. Dapat ay nakasulat ang pagbawi ko, na may lagda ko o sa ngalan ko, at dapat itong ihatid sa sumusunod na address: \_\_\_\_\_

Magkakabisa ang pagbawi ko kapag natanggap na ito, ngunit hindi ito magkakabisa sa sukduhan na kumilos ang humihiling o ang ibang tao nang batay 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.**

Lagda \_\_\_\_\_ Petsa \_\_\_\_\_  
 (Kliyente/Legal na Kinatawan)

Kung hindi ang kliyente ang pumirma, ilarawan ang relasyon: \_\_\_\_\_

Lagda ng **Saksi** ng Kliyente/Kinatawan \_\_\_\_\_