



San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services

## Awtorisasyon Para sa Paggamit o Paghahayag ng mga Protektadong Inpormasyong Pangkalusugan

### Inpormasyong Kompidensyal ng Pasyente:

Tingnan ang California Welfare and Institutions Code Section 5328.

Ang pagkumpleto ng dokumentong ito ay nagbibigay awtorisasyon para gamitin at/o ihayag ang mga inpormasyong pangkalusugang nakapagpapakilala sa indibidwal ayon sa nakasulat sa ibaba, na kasang-ayon sa batas ng California at ng batas Pederal ukol sa mga batas tungkol sa pagiging pribado ng mga inpormasyong ito. **Maaring mawalan ng bisa ang Awtorisasyon na ito kung hindi naibigay lahat ang inpormasyong hinihingi dito.**

Pangalan ng Kliyente \_\_\_\_\_ Petsa ng Kaarawan \_\_\_\_\_

BHRS # \_\_\_\_\_

**Binibigyan ko ng awtorisasyon ang pagbabahagi ng inpormasyon (ayon sa nakasulat sa ibaba) sa pagitan ng San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services**

Klinika/Unit \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

AT ng mga sumusunod na tao/organisasyon

Pangalan \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Ang awtorisasyon na ito ay tumutukoy sa mga sumusunod na inpormasyon:  
(Pumili ng isa o higit pa sa mga sumusunod.)

- Ebalwasyon kasama ng diagnosis
- Plano ng Paggagamot (Treatment plan)
- Buod ng Pagdidiskarga (Discharge Summary)
- Buong rekord o talaan ng kalusugan na may kasamang kasaysayan ng mga kondisyong mental (mental health) at pisikal at mga paggagamot na ibinigay, kasama ang droga/alak at/o HIV/AIDS
- Ang mga sumusunod na inpormasyon lang \_\_\_\_\_



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

**Hindi nakasalalay ang paggagamot, pagbabayad, pagpapatala at/o pagkakaroon ng karapatan sa mga benepisyo ang aking pagbibigay o pagtanggap magbigay ng awtorisasyon na ito.**

Ipadala ang aking inpormasyong pangkalusugan sa:

Pangalan \_\_\_\_\_

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

Address \_\_\_\_\_

**Pirma** \_\_\_\_\_ **Petsa** \_\_\_\_\_

Kliyente/Legal na Representatibo

Kung pinirmahan ito ng ibang tao maliban sa kliyente, \_\_\_\_\_ ang relasyong legal ng taong ito sa kliyente.

**Saksi** sa pirma ng Kliyente/Legal na Representatibo \_\_\_\_\_

(Ipinagbabawal ng batas ng California na ipahayag muli ng mga nakatanggap protektadong impormasyong pangkalusugan ito maliban kung may pasulat na awtorisasyon na mula sa iyo ayon sa hinihingi o pinapayagan ng batas. Kung nagbigay ka ng awtorisasyon na ipahayag ang iyong inpormasyong pangkalusugan sa kanino man na hindi pinangangailangan ng batas na panatiliing kompidensyal ito, maaring maipahayag na muli ang inpormasyong ito at maaring maging hindi na ito protektado.)

Gumawa ng kopya ng nakumpletong Awtorisasyon at ibigay ito sa kliyente.