

IMPORMASYON TUNGKOL SA KLIYENTE

APELYIDO:	PANGALAN:	INISYAL NG GITNANG PANGALAN:
NUMERO NG KASO:	SSN:	PETSA NG KAPANGANAKAN:

PAANO KAMI MAAARING MAKIPAG-UGNAYAN SA INYO?

NUMERO NG TELEPONO:	ADDRESS:	LUNGSOD / ESTADO:	ZIP CODE:
---------------------	----------	-------------------	-----------

KUNG HINDI KAYO ANG KLIYENTE:

I-PRINT ANG INYONG PANGALAN:	IPAHAYAG ANG INYONG RELASYON SA KLIYENTE:
------------------------------	---

SINO ANG MAAARING MAGBAHAGI NG IMPORMASYON:

PANGALAN NG TAO O ENTITY:	NUMERO NG TELEPONO:	
ADDRESS	LUNGSOD / ESTADO:	ZIP CODE:
LAYUNIN NG KAHILINGAN:		

ANONG IMPORMASYON ANG MAAARING IBAHAGI

<input type="checkbox"/> Mga Billing Record	<input type="checkbox"/> Mga Rekord ng Bakuna
<input type="checkbox"/> Kumpletong Rekord	<input type="checkbox"/> Mga Resulta ng Laboratoryo
<input type="checkbox"/> Impormasyon sa Diagnosis	<input type="checkbox"/> Impormasyon Tungkol sa Medikasyon
<input type="checkbox"/> Mga Rekord sa Pagpapalabas	<input type="checkbox"/> Mga Rekord Tungkol sa Kalusugang Pangkaisipan
<input type="checkbox"/> Impormasyon sa Paggagamot sa Droga/Alak	<input type="checkbox"/> Mga Litrato/Videos
<input type="checkbox"/> Mga resulta ng blood test para sa HIV/AIDS at anumang/lahat ng mga sumasangguni doon	<input type="checkbox"/> Impormasyon sa Paggagamot/Serbisyo
	<input type="checkbox"/> Iba pa: _____

ANO ANG KAHULUGAN NG INYONG AWTORISASYON

Sensitibong Impormasyon: Ang mga rekord ay maaaring may kasamang mga impormasyon na may kaugnayan sa mga sexually transmitted na sakit, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), o Human Immunodeficiency Virus (HIV). Maaaring kasama rin dito ang impormasyon tungkol sa pag-uugali o kalusugang pangkaisipan na serbisyo o paggagamot para sa pagkagumon sa alak at droga.

Karapatan na Tanggalin: Kayo ay may karapatan na bawiin ang awtorisasyon na ito anumang oras. Kung bawiin ninyo ang awtorisasyon na ito, kailangan ninyong gawin ito sa pamamagitan ng kasulatan. Ang inyong pagbawi ay hindi gagamitin sa impormasyon na ipinalabas na.

Panahon ng Pagpapahayag: Maaari kayong magkaloob ng isang petsa ng pagsisimula at/o pagtatapos (o pangyayari) kung kailan magkakabisa ang awtorisasyon. Ito ay nangangahulugan na ang mga rekord ay ibabahagi lang sa pagitan ng mga petsa na inyong tinukoy.

Ang awtorisasyon na ito ay magsisimula sa sumusunod na Petsa ng Pagsisimula: _____

- Kung walang tiniyak na Petsa ng Pagsisimula, ang awtorisasyon na ito ay magkakabisa sa petsa na ito ay nilagdaan.

Ang awtorisasyon na ito ay magwawakas sa susunod na Petsa ng Katapusan o Pangyayari:

- Kung walang tinukoy na Petsa ng Katapusan o Pangyayari, ang awtorisasyon na ito ay magwawakas sa loob ng isang (1) taon na base sa kalendaryo mula nang malagdaan.

Muling pagbubunyag: Kung pinahintulutan ninyo ang pagbubunyag ng protektadong impormasyong pangkalusugan sa ibang tao na hindi legal na inatasan na mapanatili itong kompidensyal, maaari itong muling ibunyag at hindi na mapoprotektahan.

Iba pang Mga Karapatan:

1. Ang pagpapahintulot sa pagpapahayag ng impormasyong ito ay kusang loob. Maaari ninyong tanggihan na lagdaan ang awtorisasyon na ito. Hindi ninyo kailangang lagdaan ang form na ito para makakuha ng paggagamot. Gayunman, kung ang awtorisasyon na ito ay kailangan para sa pagsali sa isang pag-aaral na pananaliksik, maaaring matanggihan ang enrollment sa pag-aaral na pananaliksik.
2. Maaari kayong magsuri o kumuha ng kopya ng impormasyong gagamitin o ipapahayag, ayon sa nakasaad sa 45 Code of Federal Regulations seksyon 164.524.
3. Mayroon kayong karapatan na tumanggap ng kopya ng awtorisasyon na ito. Nais ba ninyo ng kopya ang awtorisasyon na ito? Oo Hindi
4. Para mga karagdagang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa privacy, tingnan ang Paunawa sa Mga Pamamalakad sa Privacy sa aming website: www.cosdcompliance.org o makipag-ugnayan sa Privacy Officer sa 619-338-2808 o sa PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524.

LAGDA

LAGDA:

PETSA: