

**IMPORMASYON NG KLIYENTE**

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

**PAANO KA NAMIN MAAABOT?**

NUMERO NG TELEPONO:	ADDRESS:	LUNGSOD/ESTADO:	ZIP CODE:
KUNG HINDI IKAW ANG KLIYENTE:			
I-PRINT ANG IYONG PANGALAN:		IPAHIWATIG ANG IYONG RELASYON SA KLIYENTE:	

**SINO ANG MAAARING MAGBAHAGI NG IMPORMASYON:**

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

**SINO ANG MAAARING TUMANGGAP NG IMPORMASYON**

PANGALAN NG TAO O ENTIDAD:	NUMERO NG TELEPONO:	
ADDRESS	LUNGSOD/ESTADO:	ZIP CODE:

**ANONG IMPORMASYON ANG MAAARING IBAHAGI**

<input type="checkbox"/> Mga Talaan ng Pagsingil	<input type="checkbox"/> Mga Talaan ng Pagbabakuna
<input type="checkbox"/> Kumpletong Talaan	<input type="checkbox"/> Mga Resulta sa Laboratoryo
<input type="checkbox"/> Impormasyon ng Diagnosis	<input type="checkbox"/> Impormasyon sa Gamot
<input type="checkbox"/> Mga Talaan ng Paglabas	<input type="checkbox"/> Mga Talaan ng Kalusugan ng Kaisipan
<input type="checkbox"/> Impormasyon sa Paggamot para sa Gamot/Alak	<input type="checkbox"/> Mga Larawan/Video
<input type="checkbox"/> Mga resulta ng pagsusuri sa dugo para sa HIV/AIDS at anuman/lahat ng pagtukoy sa mga iyon	<input type="checkbox"/> Impormasyon sa Paggamot/Serbisyo
	<input type="checkbox"/> Iba pa: _____

**ANO ANG IBIG SABIHIN NG IYONG AWTORISASYON**

**Sensitibong Impormasyon:** Maaaring kabilang sa mga talaan ang impormasyon na may kaugnayan sa mga sakit na nakukuha sa pakikipagtalik, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), o ang Human Immunodeficiency Virus (HIV). Maaari ding kasama sa mga ito ang impormasyon tungkol sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali o pag-iisip o paggamot para sa pag-abuso sa alak at droga.

**Karapatang Bawiin:** May karapatan kang bawiin ang awtorisasyong ito anumang oras. Kung gagawin mo ang pagbawi sa awtorisasyong ito, kailangan mong gawin ito sa pamamagitan ng pagsulat. Ang iyong pagbawi ay hindi ilalapat sa impormasyong nailabas na.

**Panahon ng Pagsisiwalat:** Maaari kang magbigay ng petsa ng pagsisimula at/o pagtatapos (o kaganapan) para maging epektibo ang awtorisasyon. Nangangahulugan itong ibabahagi lang ang mga talaan sa pagitan ng mga petsa na iyong tinukoy.

Ang awtorisasyong ito ay magsisimula sa sumusunod na Petsa ng Pagsisimula: \_\_\_\_\_

- Kung walang itinakdang Petsa ng Pagsisimula, ang awtorisasyong ito ay magiging epektibo sa petsang nilagdaan.

Ang awtorisasyong ito ay mawawalan ng bisa sa sumusunod na Petsa ng Pagtatapos o Kaganapan: \_\_\_\_\_

- Kung walang tinukoy na Petsa ng Pagtatapos o Kaganapan, ang awtorisasyong ito ay mag-e-expire ng isang (1) taon ng kalendaryo mula sa petsa ng paglagda.

**Pagsisiwalat muli:** Kung pinahintulutan mong isiwalat ang protektadong impormasyon sa kalusugan sa isang taong hindi legal na inaatasang panatilihin itong kumpidensyal, maaari itong isiwalat muli at hindi na ito mapoprotektahan.

**Iba Pang Karapatan:**

1. Ang pagpapahintulot sa pagsisiwalat ng impormasyong ito ay boluntaryo. Maaari mong tanggihang lagdaan ang awtorisasyong ito. Hindi mo kailangang lagdaan ang form na ito upang makatanggap ng paggamot. Gayunpaman, kung ang awtorisasyong ito ay kinakailangan para sa paglahok sa isang pag-aaral sa pananaliksik, maaaring tanggihan ang pagpapatala sa pananaliksik na pag-aaral.
2. Maaari mong siyasatin o kunin ang isang kopya ng impormasyong gagamitin o isisiwalat, tulad ng ibinigay sa seksyon 164.524 ng 45 Code of Federal Regulations.
3. May karapatan kang tumanggap ng kopya ng awtorisasyong ito. Gusto mo ba ng kopya ng awtorisasyong ito?  Oo  Hindi
4. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa privacy, tingnan ang Paunawa ng Mga Kasanayan sa Privacy sa aming website: [www.cosdcompliance.org](http://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: