



AWTORISASYON PARA SA PAGLALABAS NG IMPORMASYON NG KONSUMIDOR

Impormasyon ng Konsumidor			
Apelyido	Pangalan	Gitnang Pangalan	Petsa ng Kapanganakan
Address	Lungsod/Estado/Zip		Numero ng UCI

Indibidwal/Organisasyon na Nagbibigay ng Impormasyon

- ☐ Department of Developmental Services
☐ Porterville Developmental Center
☐ Canyon Springs Developmental Center
☐ STAR home: _____
(Lokasyon ng STAR Home)
☐ Iba pa: _____

Indibidwal/Organisasyon na Tumatanggap ng Impormasyon

Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip: _____
Telepono: _____
Email: _____

- ☐ Maaaring ipadala **at** matanggap ang impormasyon sa pagitan ng mga nakalistang panig sa itaas.

Kapag ang isang Awtorisasyon ay natanggap ng DDS, ang impormasyon ng konsumidor/sa kalusugan ay maaaring gamitin o isiwalat para sa layuning partikular na nakalista sa awtorisasyon.

- ☐ Hanay ng petsa ng mga rekord na ilalabas: _____ hanggang _____

0

- ☐ Ilabas ang mga record na inawtorisahan sa ibaba, anuman ang petsa.



AWTORISASYON PARA SA PAGLALABAS NG IMPORMASYON NG KONSUMIDOR

Paglalarawan ng Impormasyong Ilalabas:

(Lahat ng record na nakolekta, pinanatili, ginamit, isiniwalat ng DDS, ay mga Record sa Kalusugan ng Pag-iisip.)

- ☐ Personal na pagkakakilanlan, Dyagnosis, at/o Impormasyong Pandemograpiya
- ☐ Pang-indibidwal na Plano ng Programa (IPP)
- ☐ Mga Record ng Gamot
- ☐ Mga Ulat sa Klinikal na Laboratoryo
- ☐ Pagsusuri sa Pangangatawan/Kasaysayang Medikal
- ☐ Mga Rekord ng Paggamot sa Substance Use Disorder (SUD, Sakit sa Paggamit ng Alkohol at/o Droga).
- ☐ Impormasyon Pagsingil/Paghahabol/Pagbili ng Impormasyon
- ☐ Mga Legal na Dokumento
- ☐ Iba pa (Mangyaring tukuyin): _____

**ANG AWTORISASYONG ITO AY NAGPAPAHINTULOT LAMANG NG ISANG
BESES NA PAGSISIWALAT NG MGA SUMUSUNOD NA RECORD.
ANG MGA KASUNOD NA PAGSISIWALAT AY
MANGANGAILANGAN NG ISA PANG AUTHORIZATION.**

Mga Partikular na Protektadong Record	Mga Inisyal ng Konsumidor
☐ Mga Resulta ng Pagsusuri sa HIV/AIDS	
☐ Mga Resulta ng Genetic Test	

Layunin para sa Paglalarawan ng Impormasyon

- ☐ Sa Kahilingan ng Konsumidor (Kung ang Konsumidor lang ang nagpasimula ng Awtorisasyon)
- ☐ Legal na Representasyon
- ☐ Iba pa: _____



AWTORISASYON PARA SA PAGLALABAS NG IMPORMASYON NG KONSUMIDOR

Layunin para sa Paglalabas ng Impormasyon

Nauunawaan ko na:

Pinapahintulutan ko ang paglalabas ng (sumasang-ayon na ibahagi) ang aking personal na impormasyon sa kalusugan. Kapag ang impormasyon ay ipinadala sa/mula sa isang Department of Developmental Services, malalaman ng ibang tao/organisasyon na nakatanggap ako ng mga serbisyo sa pag-unlad.

Kusang-loob kong nilalagdaan ang Awtorisasyon na ito (sa pamamagitan ng sarili kong desisyon-nang hindi pinilit), at ang aking paggamot, pagbabayad, pag-enroll, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo ay hindi maapektuhan kung hindi ko lalagdaan ang awtorisasyong ito.

Ang impormasyong inilabas ay maaaring muling maibahagi sa iba at hindi na protektado kung ito ay isiniwalat sa sinuman maliban sa isang sakop na entidad.

Maaaring magpataw ng mga makatwirang singil sa taong humihiling ng impormasyon upang mabayaran ang gastos ng pagkopya at selyo.

May karapatan akong makatanggap ng kopya ng Awtorisasyong ito.

Karapatan na baguhin o bawiin: Bago ang anumang paglabas ng impormasyon, may karapatan akong baguhin o bawiin ang Awtorisasyon na ito (magbago ng aking isip at huwag payagang mailabas ang impormasyon), maliban kung:

1. Naibigay na ng DDS ang mga record na nakadepende sa awtorisasyon;
o
2. Ang pahintulot na ito ay nakuha bilang isang kundisyon ng pagkuha ng insurance coverage, ang ibang batas ay nagbibigay sa insurer ng karapatan na labanan ang isang claim sa ilalim ng patakaran o ang patakaran mismo.

Kumpidensyal na Impormasyon ng Pasyente: Tingnan Welfare & Institutions Code, Seksyon 4514 Patakaran sa Pagkapribado ng HIPAA CFR Seksyon 164.508



AWTORISASYON PARA SA PAGLALABAS NG IMPORMASYON NG KONSUMIDOR

Upang baguhin o bawiin, magpapadala ako ng nakasulat na kahilingan sa:

☐ Department of Developmental Services

☐ Porterville Developmental Center

☐ Canyon Springs Developmental Center

☐ STAR home: _____

(Lokasyon ng STAR Home)

☐ Iba pa: Gaya ng tinukoy sa itaas bilang ang "Indibidwal/Entidad na Nagbibigay ng Impormasyon".

Kung hindi babawiin, ang Awtorisasyon na ito ay mag-e-expire sa katapusan ng:

☐ Petsa (tukuyin): _____

☐ 6 na buwan

☐ Isang taon

☐ Kaganapan (tukuyin): _____

Pirma ng Konsumidor O ☐ Personal na Kinatawan	Petsa
Nakalimbag na Pangalan	
☐ Ang indibidwal ay kasalukuyang konsumidor, sinuri ko ang Awtorisasyon na ito kasama ng konsumidor bago pirmahan ang form.	
☐ Naberipika ko na ang awtoridad ng Personal na Kinatawan na pipirma sa ngalan ng Konsumidor.	
Lagda ng miyembro ng mga tauhan	Petsa
Nakalimbag na Pangalan	

Kumpidensyal na Impormasyon ng Pasyente: Tingnan Welfare & Institutions Code, Seksyon 4514 Patakaran sa Pagkapribado ng HIPAA CFR Seksyon 164.508