

PAGKAKAKILANLAN NG PASYENTE (o ilagay ang label ng pasyente)

Pangalan ng Pasyente: _____

ng Medikal na Record: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____

ng Telepono: Bahay _____ Trabaho _____

Pangalan ng Tagapagkaloob: _____



Pahintulot ng Pasyente para sa Palitan ng Impormasyong Pangkalusugan (Health Information Exchange, HIE) ng Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (Protected Health Information, PHI)

| | | | |
|-----------|-------------------|-----------|--------------------------------------|
| Pangalan: | Gitnang Pangalan: | Apelyido: | Petsa ng Kapanganakan: MM/DD/YYYY |
|-----------|-------------------|-----------|--------------------------------------|

Pakibasa nang mabuti ang mga pahayag na ito: (Kung legal na kinatawan ka ng pasyente, ang “ako” o “akin”, ay tumutukoy sa pasyente).

Sa pagpirma ng form na ito, nauunawaan ko na ang San Ysidro Health (SYHealth) ay isang miyembro ng maraming network na naka-integrate sa medikal na larangan, mga tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga at mga Kaakibat na Ahensya ng Sentrong Pangkalusugan na nagtutulungan upang tiyakin ang akses sa de kalidad at abot-kayang pangangalagang pangkalusugan sa lahat. (Para sa higit na impormasyon tungkol sa iba pang network, mga tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan, at mga kaakibat na ahensyang pangkalusugan, mangyaring bumisita sa www.syhc.org.)

Inaawtorisahan ko na magamit ang aking protektadong impormasyong pangkalusugan (protected health information, PHI) sa pagbibigay sa akin ng paggamot na medikal. Pati na rin para suportahan ang mga aktibidad na nauugnay sa pangangasiwa ng pangangalaga at iba pang mga Ipinagkakalob na Serbisyo ng SYHealth, mga network na naka-integrate sa medikal na larangan, mga tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga, Mga Kaakibat ng Sentrong Pangkalusugan, at iba pang organisasyon tulad ng 2-1-1 San Diego at ang mga referral partner nito.

Nauunawaan ko at sumasang-ayon na maaaring makuha, gamitin, isiwalat at muling isiwalat ng SYHealth, ng iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan, ng mga kaakibat, at organisasyon ang lahat ng aking available na record na pangkalusugan at iba pang impormasyon tungkol sa akin, bago ng petsa ngayon at pagkatapos. Nauunawaan ko na sa sandaling maisiwalat ang aking impormasyong pangkalusugan sa isang tao o entidad na hindi tagapagkaloob o tagabayad, hindi na maaaring maprotektahan ang impormasyong pangkalusugan ko ng mga pederal na batas sa pagiging kumpidensyal (45 CFR 164.508(c)(2)(iii)). Nauunawaan ko at sumasang-ayon na ang protektadong impormasyong pangkalusugan (protected health information, PHI) na isiniwalat ay maaaring nauugnay sa mga sumusunod na labis na sensitibong kondisyon:

- Mga kapansanan sa pangkaisipang kalusugan o sa pag-unlad
- Pagkalulong sa droga/alak
- Mga resulta ng pagsusuri para sa HIV
- Mga sakit na naipapasa sa pamamagitan ng pakikipagtalik at iba pang nakakahawang sakit
- Impormasyon sa pagpapalano ng pamilya

Nauunawaan ko na maaaring kabilang sa impormasyong pangkalusugan na isiniwalat ang:

- Impormasyong dayagnostiko
- Demograpiko

- Mga gamot at dosis
- Mga pagsusuri at resulta mula sa laboratoryo
- Mga allergy
- Mga buod at plano ng pangangalaga
- Mga talang klinikal
- Kalagayang kaugnay ng tirahan at mga suportang panlipunan
- Mga nakasalamuha noong nakaraan (social history)
- Mga order
- Mga tagabayad
- Impormasyon sa pag-eempleyo

Maaari kong bawiin ang pahintulot na ito sa pamamagitan ng pagsulat, anumang oras, sa HIS Department ng SYHealth na matatagpuan sa: 1601 Precision Park Lane, San Diego, CA 92173; hangga't hindi malalapat ang naturang pagbawi sa anumang pagbabahagi ng aking impormasyong pangkalusugan na nangyari bago ng petsa kung kailan natanggap ang nakasulat na pagbawi.

Panahong May Bisa: Ang Pahintulot na ito ay mananatiling may bisa hanggang sa araw na bawiin ko ang aking pahintulot, o sa loob ng 10 taon na hindi na ako aktibong pasyente rito sa SYHealth.

Nabasa at naunawaan ko ang mga nilalaman ng form para sa pahintulot na ito, at karapat-dapat akong makatanggap ng kopya kung hihilingin ko.

Patuloy akong gagamutin ng San Ysidro Health at ng mga empleyado nito, kontratista/vendor, at/o iba pang Sentrong Pangkalusugan/ Kaakibat na Ahensya kahit na piliin kong hindi pirmahan ang form na ito.

(Pakitandaan: Ang pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo, Pagpapatala, pagbabayad o paggamot ay hindi maaaring nakakondisyon sa pagpirma ng awtorisasyon (45 CFR 164.508(c)(2)(ii))).

Sa pagbibigay ng iyong pahintulot, partikular mong inaawtorisahan ang SYHealth na gamitin at isiwalat ang impormasyong nauugnay sa Pagkallulong sa Droga/Alak/Iba Pa, Pangkaisipang Kalusugan, at HIV. Nauunawaan ko na ang mga record sa paggamit ng droga ay protektado sa ilalim ng mga pederal na regulasyon, 42 CFR Part 2 at ang Health Insurance Portability at Accountability Act ng 1996 (HIPAA), 45 CFR Parts 160 at 164, at hindi maaaring muling isiwalat nang walang nakasulat na pahintulot ko maliban kung pinahihintulutan ng mga regulasyon.

MAG-OPT-IN: Inaawtorisahan ko na ibahagi ang aking impormasyong pangkalusugan

MAG-OPT-OUT: Hindi ko inaawtorisahan na ibahagi ang aking impormasyong pangkalusugan

| | |
|---|--|
| Petsa ng Kapanganakan ng Pasyente: | I-print ang Buong Pangalan ng Legal na Kinatawan: |
| I-print ang Buong Pangalan ng Pasyente: | Kung Pinirmahan ng Legal na Kinatawan, Relasyon sa Pasyente: |
| Lagda ng Pasyente: | Lagda ng Legal na Kinatawan: |
| Petsa ng Pagpirma: | Petsa ng Pagpirma: |