

**Awtorisasyon para sa Paglabas ng Kumpidensiyal na Impormasyon**

Pahina | 1

*(Mangyaring sagutan ang magkabilang pahina ng form na ito)*

Apelyido ng Mamimili	Pangalan	Gitnang Pangalan	Petsa ng Kapanganakan
Address ng Kalye	Lungsod	Zip Code	Telepono sa Araw

Social Security Number **\*(Kinakailangan)**

**Hinihiling ko na ang aking protected health information (PHI, protektadong impormasyong pangkalusugan) mula sa:**

Pangalan ng Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan	Telepono		
Address ng Kalye	Lungsod/Estado	Zip Code	# ng FAX (kung alam)

**Ay ilabas sa:** ACBH – QA Office  
Consumer Assistance  
2000 Embarcadero Cove, Suite 400  
Oakland, CA 94606

**Inaawtorisahan ko na ilabas ang sumusunod na PHI mula sa aking (mga) medikal na rekord:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rekord sa Emergency Room                       | <input type="checkbox"/> Mga Slide/Ulat ng Pathology                              |
| <input type="checkbox"/> Mga Ulat ng Laboratoryo                        | <input type="checkbox"/> Mga Rekord ng Naka-itemize na Bill                       |
| <input type="checkbox"/> Mga Ulat ng Radiology                          | <input type="checkbox"/> Buod ng Pagpapalabas mula sa Ospital (Discharge Summary) |
| <input type="checkbox"/> Rekord ng Pagpapabakuna                        | <input type="checkbox"/> Kasaysayan at Pisikal, Mga Konsultasyon                  |
| <input type="checkbox"/> Kompletong Medikal na Rekord (lahat ng pahina) | <input type="checkbox"/> Mga Ulat ng Pag-opera                                    |
| <input type="checkbox"/> Iba pa: _____                                  |   |



**Pinoprotektahan ng batas ng Estado at batas Pederal ang sumusunod na impormasyon. Kung naaangkop ang impormasyong ito sa iyo, mangyaring tukuyin kung nais mong ilabas/makuha ang impormasyong ito** (ilagay ang mga petsa kung saan naaangkop):

- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| Mga Rekord ng Kalusugang Pangkaisipan                  | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Mga Rekord ng Psychotherapy                            | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Mga Pagsusuri sa HIV at Mga Resulta                    | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Rekord ng Pagkalulong sa Alkohol, Droga, o Substansiya | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |
| Mga Rekord ng Henetika (Genetic)                       | <input type="checkbox"/> Oo | <input type="checkbox"/> Hindi |

**Saklaw ng panahon ng pangangalagang pangkalusugan mula:** Partikular na (mga) petsa \_\_\_\_\_ hanggang \_\_\_\_\_ **O**

Lahat ng pagtatagpo/pagbisita sa nakaraan, kasalukuyan, at hinaharap

**Layunin sa paghiling ng impormasyon:** Paglutas ng aking karaingan o kahilingan sa pag-apela

Ang pahintulot na ito ay napapailalim sa pagwawalang-bisa ng may lagda sa anumang panahon maliban sa kung ang aksiyon ay isinagawa dahil sa pagpapahintulot, at kung hindi napawalang-bisa bago nito, magwawakas ito anim (6) na buwan mula sa petsa ng pahintulot. Maaaring pawalan ng bisa ng may lagda ang paglabas na ito sa pamamagitan ng pagsulat sa o pagpapaalam nang pasalita sa Consumer Assistance (Tulong sa Mamimili).

---

Lagda ng Kliyente o Awtorisadong Kinatawan

Petsa

---

Naka-print na Pangalan

Relasyon sa Pasyente (kung naaangkop)

**Ipinagbabawal ang anumang paglabas ng impormasyon ng mga medikal na rekord ng (mga) tatanggap maliban kung ipinahayag sa layunin ng paglabas. PAGBABAWAL SA MULING PAGLABAS NG PROTEKTADONG IMPORMASYON NA SUD: Ipinagbabawal ng 42 CFR Part 2 ang hindi awtorisadong paglabas ng mga rekord na ito.**