



Pahintulot na Magpalabas Impormasyong Pangkalusugan

Address sa Pagpadala pabalik

- Aking hiling na _____ na kumpletuhin ang form na ito para sa akin. _____
(Pangalan ng taong kumukumpleto sa form) (Pirma ng pasyente/personal na kinatawan)
- ako _____ pahintulutan ang DPH na payagan _____ upang samahan ako sa aking appointment sa _____, at naiintindihan ko na ang protektadong impormasyon sa kalusugan ay maaaring talakayin sa panahon ng appointment na ito.
- ako _____ nagpahintulot _____ upang ipaalam ang sumusunod na protektadong kalusugan impormasyon mula sa mga medikal na rekord ng _____ hanggang _____.
Pangalan ng Pasyente Petsa ng Kapanganakan
Inisyal ng Pasyente Lahat ng Nalalapat. (Ang pagsuri sa "LAHAT" sa ilalim ng isang uri ng serbisyo ay kinabibilangan ng mga resulta ng lab para sa uri ng serbisyong iyon.)

Uri ng Serbisyo	Inisyal	Lahat	Tukoy	Uri ng Serbisyo	Inisyal	Lahat	Tukoy
Alkohol/Iba Pang Substansya Pang-aabuso				Kalusugan ng Kaisipan			
CYSHCN				Pagbisita sa Bahay ng Bagong panganak			
Pagpapalano ng Pamilya				Pagtutulungan ng Pamilya ng Nars			
HIV/AIDS				STD			
Kalusugan sa Tahanan				TB			
Mga pagbabakuna				WIC			
Mga Pagsusuri sa Lab/Diagnostic				Iba pa			

AYAW kong ilabas ang sumusunod na impormasyon:

- _____/_____
(Inisyal ng pasyente)
- Layunin para sa pagpapalabas ng impormasyon: (**Isa ang inisyal ng pasyente**) _____ pagpapatuloy ng paggamot; o _____ personal na kopya; o _____ legal; o Iba pa (Ipasok ang layunin para sa pagpapalabas at inisyal) _____
 - Ang pahintulot na ito ay may bisa hanggang: (**Isa ang inisyal ng pasyente**) _____ Isang taon mula ngayon; o _____ Hanggang sa matapos mula sa Programa; o Iba pa (Nagpasok ang pasyente ng partikular na petsa o kaganapan at mga inisyal) _____
Naiintindihan ko na ang isang kopya ng awtorisasyong ito ay maaaring ituring bilang orihinal.
 - Maaari mong ibigay ang aking protektadong impormasyon sa kalusugan sa tao o entidad na pinangalanan sa #3 sa itaas sa mga sumusunod na paraan:
 - Sa pamamagitan ng fax _____ (Narito ang mga inisyal ng pasyente) Numero ng fax _____
 - Sa pamamagitan ng e-mail _____ (Mga inisyal ng pasyente dito) E-mail address _____
 - Sa pamamagitan ng koreo _____ (Mga inisyal ng pasyente dito) Address Para maka tanggap ng sulat _____Naiintindihan ko na ang aking pagiging kompidensiyal ay hindi magagarantiyahan sa pamamagitan ng pagpapadala ng aking impormasyon sa pamamagitan ng mga pamamaraang ito.
 - Pirma ng Pasyente o Personal na Kinatawan _____ Petsa _____ Saksi – Ito **LAMANG** ay kung ang pasyente ay hindi makapirma o makapirma ng "X" _____ Petsa _____

(Naka-print na Pangalan ng Pasyente) _____ Relasyon ng Personal na Kinatawan (kung pinirmahan ng personal na kinatawan)

Naiintindihan ko na maaari kong hilingin na makita o makatanggap ng kopya ng aking impormasyon bago ito ilabas. Naiintindihan ko na ang impormasyong ibinunyag sa aking kahilingan ay maaaring muling isiwalat ng taong tatanggap nito at maaaring hindi na maprotektahan ng batas ng estado o pederal. Nauunawaan ko na ang DPH ay maaaring hindi magkondisyon ng paggamot, pagpapatala, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo kung tumanggi akong pirmahan ang awtorisasyong ito; gayunpaman, naiintindihan ko na maaaring hindi ako maging karapat-dapat para sa mga serbisyo mula sa ilang mga programa kung tumanggi akong payagan ang pagpapalabas ng impormasyong kailangan para sa paggamot, pagbabayad, pagpapatala o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo.

Ibinigay ang Kopya ng form na ito sa Pasyente ☐ **o Tinanggihan ang Kopya** ☐ **o Kopyahang Ipinadala sa Pasyente** ☐

- Pagbawi sa Awtorisasyong Ito: Naiintindihan ko na maaari kong bawiin ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pagpirma sa ibaba, maliban kung may impormasyon ay naipalabas nang umaasa sa awtorisasyon na ito o upang makakuha ng mga benepisyo sa insurance.

_____(Pasyente/awtorisadong kinatawan) Petsa: _____
_____(Saksi: Kinakailangan kung ang pasyente ay hindi makapirma o makapirma ng "X") Petsa: _____

(Patient label may be used here)

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Impormasyong Inilabas sa

1. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____
2. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____
3. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____
4. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____
5. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____
6. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____
7. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____
8. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____
9. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____
10. Pangalan: _____
Address: _____
Lungsod/Estado/Zip Code: _____
Iba pa: _____

Inilabas ang Impormasyon/Pirma/Petsa:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

(Patient label may be used here)

Patient's Health Record Number: _____

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Mga Tagubilin para sa Pagkumpleto ng Awtorisasyon para Magpalabas ng Impormasyong Pangkalusugan 1623-TGL-DPH

Layunin : Ginagamit ang form na ito upang makakuha ng awtorisasyon mula sa pasyente, magulang o legal na tagapag-alaga na maglabas ng impormasyong pangkalusugan mula sa isang entity patungo sa isa pa. (mula sa DPH patungo sa ibang entity o mula sa ibang entity hanggang DPH). Maaaring hilingin ng isa pang entity na gamitin namin ang kanilang authorization form para sa pagpapalabas ng impormasyon mula sa kanilang mga talaan.

Tandaan : Ang pangalawang impormasyon (impormasyon na hindi nilikha ng DPH na isinampa sa aming mga talaan) ay ilalabas kung hihilingin sa amin ng pasyente na ilabas ito o kung kailangan ito para sa pagpapatuloy ng pangangalaga para sa pasyente. Kung ang pangalawang impormasyon ay minarkahan na "hindi para sa muling pagpapalabas", dapat itong ilabas mula sa entity na lumikha nito, hindi mula sa DPH.

Kada Aytem na Mga Tagubilin:

1. Kung humiling ang pasyente ng tulong sa pagkumpleto ng form na ito, ilagay ang pangalan ng taong tumutulong, at pumirma ang pasyente dito.
2.
 - a) Ilagay ang pangalan ng pasyente na humihiling na samahan sa pagbisita sa DPH.
 - b) Ilagay ang pangalan ng indibidwal na kasamang pasyente.
 - c) Ilagay ang petsa ng pagbisita. Kung ito lang ang hinihiling ng pasyente, magpatuloy sa numero 7.
3.
 - a) Ilagay ang pangalan ng indibidwal na nagpapahintulot sa pagpapalabas ng impormasyong pangkalusugan. (pasyente, magulang o legal na tagapag-alaga)
 - b) Ilagay ang entity na naglalabas ng impormasyon (kung ang DPH ay naglalabas ng impormasyon, ilagay ang DPH. Kung ang ibang entidad ay gumagamit ng form na ito upang ilabas ang kanilang impormasyon sa DPH, ang pangalan ng entidad na iyon ay ilalagay dito.)
 - c) Ilagay ang pangalan ng pasyente na ang impormasyong pangkalusugan ay inilabas. Kung ito ay kapareho ng pangalang inilagay sa 3a) sa itaas, ang "aking sarili" ay maaaring ilagay sa halip na muling ilagay ang pangalan.
 - d) Ilagay ang entity kung saan inilalabas ang mga talaan (kung ang DPH ay naglalabas ng impormasyon, ilagay ang pangalan ng entity kung saan ang DPH ay naglalabas ng impormasyon. Kung ginagamit ng ibang entity ang form na ito upang ilabas ang impormasyong pangkalusugan mula sa kanilang mga talaan patungo sa DPH, ilagay ang DPH.)
 - e) Inisyal ng pasyente ang kahon sa tabi ng mga rekord na ilalabas. Ang pagsuri sa "lahat" ng mga talaan para sa isang lugar ng programa ay kinabibilangan ng mga lab para sa lugar ng programang iyon. Kung bahagi lamang ng rekord para sa isang lugar ng programa ang ilalabas, ilita ang mga seksyon ng rekord na ilalabas at ipasimula ang pasyente. **Ang mga talaan ng Family Planning ng mga menor de edad ay hindi dapat ilabas nang walang pahintulot ng menor de edad, maliban kung may natanggap na wastong utos ng hukuman.** Ang impormasyon sa HIV o STD ay hindi mailalabas nang walang pasyente ang nag-inisyal sa lugar ng programa at pagsuri sa "lahat" ng mga tala o pagbibigay ng mga detalye sa ilalim ng column na "tiyak".
Kung ang release na ito ay ginagamit upang magpadala ng impormasyong pangkalusugan sa higit sa isang entidad (kapag pinapayagan), ilagay ang "tingnan ang reverse side ng form na ito # 1 -# X ". (hal. kung ang impormasyon ay ipinapadala sa koreo sa 3 magkaibang entity, ilagay ang "tingnan ang baligtad na parte ng form na ito #1-#3"). **Ang impormasyong inilalabas at ang layunin para sa pagpapalabas ay dapat na pareho para sa bawat entidad o ang mga hiwalay na pahintulot ay dapat makumpleto para sa bawat isa sa mga entidad.**
 - f) Kung ayaw ng pasyente na mailabas ang ilang impormasyon, maaari niyang tukuyin iyon dito at inisyal.
 - g) Kung ang awtorisasyon ay humihiling ng pagpapalabas ng "mga tala sa psychotherapy", hindi ito maaaring isama sa anumang iba pang awtorisasyon upang maglabas ng impormasyong pangkalusugan. (Ang mga pahintulot na maglabas ng mga tala sa psychotherapy ay dapat na hiwalay sa lahat ng iba pa.)
4. Layunin ng pagpapalabas ng impormasyon- inisyal ng pasyente ang layunin ng pagpapalabas ng impormasyong pangkalusugan. (para sa patuloy na paggamot, para sa pagsingil, para sa isang personal na kopya, atbp.) Ilagay LAMANG ang layunin sa bawat form.
5. May bisa ang awtorisasyon hanggang- magpasok ng partikular na petsa o partikular na kaganapan kung kailan gusto ng pasyente na magpaso ang awtorisasyon. (isang halimbawa ng isang kaganapan ay "hanggang sa paglabas mula sa programa") Kung ang isang **petsa** ay ipinasok, ang **petsa ay hindi dapat lumampas sa isang taon**. Kung ang isang **kaganapan** ay ipinasok, ito **ay maaaring lumampas sa isang taon**.
6. Naglalabas ng PHI.
 - a) ang mga inisyal ng pasyente dito upang pahintulutan ang DPH na i-fax ang PHI sa entity na pinangalanan sa form na ito. Ilagay ang numero ng fax, kung kilala.
 - b) ang mga inisyal ng pasyente dito upang pahintulutan ang DPH na gumamit ng komunikasyon sa email. Ilagay ang email address, kung kilala.
 - c) ang mga inisyal ng pasyente dito upang pahintulutan ang DPH na ipadala ang PHI sa entity na pinangalanan sa form na ito. Ilagay ang address kung saan makatanggap ng sulat.
7. Pirm/Petsa: Ang pasyente, legal na tagapag-alaga o personal na kinatawan ay pumipirma dito at ilalagay ang petsa kung kailan nakumpleto ang form. Saksi/Petsa: pumirma at na-petsahan ang isang testigo dito **LAMANG kung ang pasyente/personal na kinatawan ay hindi makapirma o makapirma ng "X"**. Naka-print na pangalan: i-print ang pangalan ng pasyente/personal na kinatawan na pumirma sa form. Relasyon ng Personal na Kinatawan: kung may pumirma sa form maliban sa pasyente, ilagay ang relasyon ng taong iyon sa pasyente. Ang pasyente ay bibigyan ng kopya ng nakumpletong 1623-TGL-DPH. Kung may ibinigay na kopya sa pasyente, tinitingnan ng kawani ng

DPH kung may ibinigay na kopya. Kung ang isang kopya ay tinanggihan ng pasyente, susuriin iyon ng kawani ng DPH isang kopya ang tinanggihan. Kung ang pasyente ay humiling ng isang kopya na ipadala sa kanya, ang mga meyembro ng kawani ng DPH ay titingnan kung ang isang kopya ay naipadala sa koreo, at pagkatapos ay ipapadala ang isang kopya sa pasyente.

Hinihiling ng HIPAA na payagan namin ang pasyente ng pagkakataong humiling na siyasatin o kumuha ng kopya ng kanyang protektadong impormasyon sa kalusugan bago ang pagbubunyag nito. Hinihiling ng HIPAA na ipaalam namin sa pasyente na kapag naglabas kami ng impormasyon sa ibang entidad, maaari itong muling isiwalat ng tatanggap at maaaring hindi na maprotektahan ng batas ng estado o pederal. (Ang entidad na tumatanggap ng impormasyon ay maaaring hindi "saklaw" ng HIPAA at samakatuwid, ay hindi saklaw ng mga batas sa ng pagka-pribado ng HIPAA.)

Hinihiling ng HIPAA na ipaalam namin sa pasyente na kung tumanggi silang pumirma sa awtorisasyon na maglabas ng impormasyon, hindi namin maaaring tanggiin ang paggamot, pagbabayad, pagpapatala o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo; at hindi ito hahadlang sa amin sa pagbibigay ng paggamot sa pasyente o sa pagkolekta ng bayad para sa mga serbisyong ibinigay. Ang pangalan ng entidad na naglalabas ng mga rekord ay ipinasok sa unang blanko. Ang ilang mga programa ng DPH ay nangangailangan sa amin na maglabas ng impormasyong kailangan para sa paggamot, pagbabayad, pagpapatala o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo bago i-enroll ang isang pasyente sa programa. Sa mga pagkakataong iyon, ilagay ang pangalan ng program dito.

8. Pagbawi sa awtorisasyon na ito- kung nais ng pasyente na bawiin ang awtorisasyon na ito, maaari niyang gawin ito anumang oras sa pamamagitan ng pag-pirma at petsa **sa orihinal na awtorisasyon** dito. Ang awtorisasyon ay binabawi sa petsang pinirmahan ng pasyente. Ang pirma ng saksi ay kailangan **LAMANG kung ang pasyente ay hindi makapirma o makapirma ng "X"** . Ang petsa na ipinasok dito ang mga palatandaan ng saksi.
9. Ang numero ng rekord ng kalusugan ng pasyente, pangalan at petsa ng kapanganakan ay nakalagay sa kanang sulok sa ibaba. Ang label ng pasyente ay maaaring gamitin sa halip, kung gusto.

IKALAWANG PAHINA ng Form:

1. Sa unang column, ilagay ang pangalan/address/lungsod/estado/zip code kung saan ipapadala ang impormasyon. Kung kailangan ng iba pang impormasyon, ilagay iyon sa tabi ng "iba". Kung ito ay isang release sa isang entity at ang impormasyon ay ibinigay sa unang pahina, kung gayon ang miyembro ng kawani ng DPH ay maaaring sumangguni sa impormasyong iyon sa halip na muling ipasok.
2. Sa ikalawang hanay, ilagay ang impormasyong inilabas, ang pirma ng taong naglalabas ng impormasyon at ang petsa ng paglabas ng impormasyon.

Office Mechanics and Filing:

This form should be filed in the comprehensive health record according to the Health Record Format located in the Health Record Policy Manual. The comprehensive health record retention schedule applies.

Kung may mga tanong kung paano kumpletuhin o gamitin ang form na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa DPH Opisina ng Pagka-pribado o sa DPH Legal na Opisina.