

COUNTY OF LOS ANGELES
DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES

Petsa: _____
Pangalan ng Kaso: _____
Numero ng Kaso: _____
Pangalan ng Manggagawa: _____
ID ng Manggagawa: _____
Numero ng Telepono ng Manggagawa: _____
ID ng Kostumer: _____

Pahintulot Para Sa Paggamit At
Pagsisiwalat Ng Protektadong
Impormasyon Sa Kalusugan

LAYUNIN NG FORM NA ITO: Ang form na ito ay humihiling sa iyo na sumang-ayon na payagan ang Kagawaran ng Pamublikong Serbisyong Panlipunan (DPSS) na makakuha ng impormasyon tungkol sa iyong kalusugan. Gagamitin ng DPSS ang impormasyong ito upang matukoy ang iyong mga benepisyo.

Kung makumpleto at lagdaan mo ang form na ito:

- Sumasang-ayon ka na maaaring ibahagi ng iyong doktor o tagabigay ng pangangalagang pangkalusugan ang impormasyon tungkol sa iyong kalusugan sa DPSS.
- Maaaring ibahagi ng DPSS ang iyong impormasyon.
- May karapatan kang magbago ng isip sa anumang oras.

Kung nagpasya kang hindi lagdaan ang form na ito:

- Hindi ito makakaapekto sa pangangalaga ng iyong kalusugan.
- Maaaring makaapekto ito sa iyong mga benepisyo sa DPSS.

APELYIDO PANGALAN PETA NG KAPANAKANAN (BB/AA/TTTT)

Pinapahintulutan ko ang:

PANGALAN NG PASILIDAD KALYE LUNGSOD ESTADO ZIP CODE

Upang ibigay ang impormasyon tungkol sa aking kalusugan sa:

PANGALAN NG TANGGAPAN NG DISTRITO NG KAGAWARAN NG PAMPUBLIKONG SERBISYONG PANLIPUNAN (DPSS)

KALYE LUNGSOD ESTADO ZIP CODE

Ang awtorisasyong ito ay may bisa hanggang sa: ____/____/____.
PETA NG PAGTATAPOS (BB/AA/TTTT)

Ang impormasyon na maaaring ibigay (mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop):

- Kalagayan ng Isip, kabilang ang:
- Iyong mga kondisyon sa kalusugan ng isip.
 - Petsa ng pagsisimula ng anumang kondisyon sa isip.
 - Kung aktibo kang ginagamot para sa iyong kalagayan.
 - Hanggang kailan inaasahang magtatagal ang iyong kalagayan.
 - Kung ang iyong kalagayan ay nakakaapekto kung maaari kang magtrabaho o lumahok sa isang programa sa pagsasanay sa trabaho.
- Iba Pa (Mangyaring Tukuyin) _____

Mayroon kang karapatan sa isang kopya ng form na ito. Kung pumirma ka sa form na ito, makakakuha ka ng isang may pirmang kopya ng form.

Kung ayaw mong lagdaan ang form na ito:

- Hindi ito makakaapekto sa paggamot ng iyong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan.
- Maaaring makaapekto ito kung karapat-dapat ka para sa mga benepisyo ng DPSS.

_____ Naiintindihan ko at sumang-ayon na ang aking tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ay maaaring magbigay ng impormasyon tungkol sa aking kalusugan sa DPSS. Gagamitin ng DPSS ang impormasyong ito upang matukoy ang aking pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo.

_____ Naiintindihan ko na maaaring ibahagi ng DPSS ang impormasyong ginamit o ibinigay dahil nilagdaan ko ang form na ito. Kung nangyari ito, ang aking impormasyon ay hindi na protektado ng federal health information privacy law.

Nagkaroon ako ng pagkakataong suriin at maunawaan ang form na ito. Sa pagpirma dito, kinukumpirma ko na ito ay tunay na sumasalamin sa aking mga kagustuhan.

LAGDA NG PASYENTE/LEGAL NA KINATAWAN

ILIMBAG ANG PANGALAN

PETSA (BB/AA/TTTT)

LAGDA NG SAKSI

ILIMBAG ANG PANGALAN/KAUGNAYAN SA PASYENTE

PETSA (BB/AA/TTTT)

KUNG MAGBAGO ANG IYONG ISIP

May karapatan kang magbago ng isip sa anumang oras. Pagkatapos mong makumpleto at lagdaan ang form na ito, kung magbabago ang iyong isip, dapat mong ipaalam sa DPSS sa pamamagitan ng pagsulat. Maaari mong gawin ito sa pamamagitan ng:

- Pagpirma sa Pagpapawalang-bisa ng Awtorisasyon.
- Pagpapadala o paghahatid ng pinirmahang form na ito sa sumusunod na address:

PAGPAPAWALANG-BISA NG AWTORISASYON

Pinapawalang-bisa ko ang awtorisasyon na ibinigay ko noon. Naiintindihan ko na magagamit at maibabahagi ng DPSS ang impormasyon sa kalusugan na ibinahagi na ng aking tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan sa DPSS.

LAGDA NG PASYENTE/LEGAL NA KINATAWAN

ILIMBAG ANG PANGALAN

PETSA (BB/AA/TTTT)