

**PAHINTULOT PARA SA PAGGAMIT AT PAGSISIWALAT NG PROTEKTADONG  
IMPORMASYON SA KALUSUGAN**

APELYIDO

PANGALAN

PETSA NG KAPANGANAKAN (BU/AW/TN)

**SA PAMAMAGITAN NITO PINAPAHINTULUTAN ANG**

PANGALAN NG PASILIDAD	KALYE	LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE
-----------------------	-------	---------	--------	----------

**Upang Ibigay Ang Pinangangalagaang Impormasyon Sa Kalusugan Sa:**

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

KALYE

LUNGSOD

ESTADO

ZIP CODE

**PETSA NG PAGTATAPOS:** Ang Pahintulot na ito ay may-bisa hanggang sa mga sumusunod na petsa:

/ \_\_\_\_ /20\_\_

**IMPORMASYON NA ISISIWALAT**

Kalagayang Pangkaisipan

Iba Pa (Mangyaring Tukuyin) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ Nauunawaan ko at sumasang-ayon ako na maaaring kumpletuhin at ibalik ng aking tagabigay ng pangangalaga sa kalusugan ang pormularyo na ABP 1676-3 GRMH sa DPSS upang kanilang matukoy ang aking pagiging karapat-dapat para sa mga benepisy; kabilang dito ang pagbibigay ng impormasyon sa DPSS tungkol sa anumang kapansanan sa kalusugang pangkaisipan, ang petsa ng pagsisimula ng aking kondisyon, kung ako ay masugid na naghahanap ng pagpapagamutan, ang inaasahang tagal ng aking kalagayan; kung ito ay makakaapekto sa aking kakayahang lumahok sa trabaho o sa isang programa ng pagsasanay na may kaugnayan sa trabaho. Naiintindihan ko na ang mga impormasyong pangkalusugan na ginamit o isiniwalat bilang isang resulta ng aking pagpirma sa pormularyo ng Awtorisasyong ito ay maaaring sumailalim sa muling pagsisiwalat at hindi na protektado ng pribadong batas ng impormasyon sa kalusugang pampederal (federal health information privacy law).

**ANG IYONG MGA KARAPATAN NA MAY KINALAMAN SA AWTORISASYON NA ITO:**

**Karapatan upang Tumanggap ng Kopya ng Awtorisasyon na Ito** – Nauunawaan ko na kung lagdaan ko ang Awtorisasyong ito, bibigyan ako ng isang kopya ng nilagdaang pormularyo.

**MGA SALIGAN:** Nauunawaan ko na maaari akong tumanggap lagdaan ang Pahintulot na ito nang hindi naaapektuhan ang aking kakayahan upang makakuha ng pampagamot mula sa aking tagabigay ng pangangalaga ng kalusugan, ngunit ang paggawa nito ay maaaring makaapekto sa aking pagiging karapat-dapat upang makatanggap ng mga benepisyong ng DPSS.

Mayroon akong pagkakataon upang repasuhin at unawain ang nilalaman ng pormularyo ng Pagpapahintulot na ito. Sa pamamagitan ng pagpirma sa Awtorisasyong ito, pinagtitibay ko na ito ay nagpapakita ng aking tumpak na kahilingan.

LAGDA NG PASYENTE/LEGAL NA KINATAWAN

ILIMBAG ANG PANGALAN

PETSA

LAGDA NG SAKSI

ILIMBAG ANG PANGALAN/KAUGNAYAN SA PASYENTE

PETSA

**Karapatan na Bawiin Ang Pahintulot Na Ito** – Nauunawaan ko na mayroon akong karapatang bawiin ang Pahintulot na ito sa anumang oras sa pamamagitan ng pagsasabi sa DPSS sa pamamagitan ng pagsulat. Maaari kong gamitin ang Pagbawi ng Pagpapahintulot sa ibaba ng pormularyong ito. Ikoreo o ihatid ang pagpapawalang-bisa sa sumusunod na direksiyon:

Nauunawaan ko rin na ang isang pagpapawalang-saysay ay hindi makakaapekto sa kakayahan ng DPSS o ng sinumang tagabigay ng pangangalagang pangkalusugan upang gamitin o isiwalat ang impormasyon sa kalusugan o mga dahilan na nauugnay sa mga naunang pagtitiwala sa Pahintulot na ito.

**PAGPAPAWALANG-SAYSAY NG AWTORISASYON**

**Lagda ng Pasyente/Legal na Kinatawan:**

**Petsa:**

Kung nilagdaan ng iba maliban sa pasyente, ipahayag ang kaugnayan at pahintulot na gawin ito