Behavioral Health Department
Alameda County Health

FORM A

Pahintulot sa Paggamit at Pagbubunyag ng Impormasyon Tungkol sa Paggamit ng Substansya Para sa PAGGAMOT, PAGBABAYAD AT MGA OPERASYON SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN o para sa PAGBABAYAD AT MGA OPERASYON SA PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN LAMANG (42 CFR PART 2)

Nakatuon ang Kalusugan ng Alameda County (Alameda County Health o AC Health) sa pagbibigay sa iyo ng pinakamataas na kalidad ng pangangalaga. Kabilang sa AC Health ang maraming kagawaran at programa, tulad ng Kalusugan ng Pag-uugali, Pampublikong Kalusugan, mga Serbisyong Medikal na Pang-emergency, Pangangalagang Pangkalusugan para sa mga Taong Walang Tirahan, at mga Serbisyo para sa Kawalan ng Tirahan at Pabahay, bukod sa iba pa. Nakikipagkontrata rin ang AC Health sa mga provider sa komunidad upang maibigay ang mahahalagang serbisyong ito. Para matiyak na makakatanggap ka ng ligtas, magkakaugnay, at epektibong pangangalaga, kailangang magkaroon ang mga miyembro ng aming clinical team ng kumpletong kaalaman tungkol sa kasaysayan ng iyong kalusugan at sa pangangalagang natanggap mo sa loob ng County at mula sa mga provider na kaanib nito. Dahil dito, hinihiling ng Kalusugan ng Alameda County, Kagawaran ng Kalusugan ng Pag-uugali (AC Health, Behavioral Health Department, ACBHD) ang iyong pahintulot na gamitin at ibahagi ang impormasyon tungkol sa iyong paggamit ng substansya para sa mga layunin ng Paggamot, Pagbabayad, at mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan. Sa pamamagitan ng paglagda sa dokumentong ito, pinahihintulutan mo ang paggamit at pagbabahagi ng impormasyon tungkol sa iyong paggamit ng substansya ayon sa inilalarawan sa ibaba.

Seksyon 1. Impormasyon ng Kliyente		
Buong Pangalan: ______ (Pangalan)	(Gitnang Inisyal)	(Apelyido)
Pangalan ng Klinika/Programa: ______		
______ **Medi-Cal CIN**	______ **Petsa ng Kapanganakan**	______ **Numero ng Telepono**

Seksyon 2. Pahintulot sa Paggamit at Pagbubunyag at mga Layunin ng Pagbubunyag

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pumapayag ako na pahintulutan ang mga indibidwal at organisasyon sa Seksyon 3 na ibunyag sa mga indibidwal at organisasyon sa Seksyon 4 ang aking impormasyong inilalarawan sa Seksyon 5 para sa mga sumusunod na layunin (pumili lamang ng **ISA** sa mga sumusunod):

☐ **Paggamot, Pagbabayad, at mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan (Treatment, Payment, and Health Care Operations, TPO)**

O

☐ **Pagbabayad at mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan Lamang**
Hindi ko pinapahintulutan ang pagbubunyag ng aking mga rekord na sakop ng Part 2 para sa mga layunin ng Paggamot sa ilalim ng pahintulot na ito.

Nasa ibaba ang mga halimbawa ng Paggamot, Pagbabayad, at mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan.	
Paggamot	Halimbawa, pinahihintulutan nito ang isang provider sa paggamit ng substansya na kumonsulta sa aking mga provider ng paggamot (hal., kalusugan ng pag-iisip, pangunahing pangangalaga) upang mapahusay ang aking plano sa paggamot o upang maiugnay ako ng ACBHD sa mga serbisyo sa pabahay o mga pampublikong benepisyo.
Pagbabayad	Halimbawa, pinahihintulutan nito ang aking provider ng pangangalagang pangkalusugan na magbahagi ng impormasyon upang makatanggap ng bayad para sa mga serbisyo at upang matukoy ang aking pagiging kwalipikado para sa mga serbisyo o benepisyo.
Mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan	Halimbawa, pinahihintulutan nito ang pagbabahagi ng aking impormasyon para sa mga gawaing administratibo, pinansyal, legal, pag-audit, at pagpapahusay ng kalidad na kinakailangan upang mapatakbo ng isang organisasyon ang mga gawain nito at upang masuportahan ang aking Paggamot at Pagbabayad para sa aking mga serbisyo.

Seksyon 3. Mga Pangalan o Uri ng Organisasyong Nagbubunyag ng Impormasyon

- Kalusugan ng Alameda County, Kagawaran ng Kalusugan ng Pag-uugali.
- Sinumang dati, kasalukuyan, o magiging (mga) provider ng serbisyo o (mga) organisasyong responsable para sa aking Paggamot, Pagbabayad, o mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan, kabilang ang anumang organisasyong tumutulong sa kanila sa mga gawaing ito.

Seksyon 4. Mga Pangalan ng Organisasyong Tumatanggap ng Impormasyon

- Kalusugan ng Alameda County, Kagawaran ng Kalusugan ng Pag-uugali.
- Kagawaran ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California.
- Planong Pangkalusugan o Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan.
- Sinumang dati, kasalukuyan, o magiging (mga) provider ng serbisyo o (mga) organisasyong responsable para sa Paggamot, Pagbabayad, o mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan, kabilang ang anumang organisasyong tumutulong sa kanila sa mga gawaing ito.

Seksyon 5. Paglalarawan ng Impormasyon Tungkol sa Paggamot sa Sakit Dulot ng Paggamit ng Substansya na Ibubunyag

Pumapayag ako sa pagbubunyag ng aking impormasyon tungkol sa sakit dulot ng paggamit ng substansya na protektado sa ilalim ng 42 CFR Part 2 (kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga diagnosis, gamot, rekord ng paggamot, at kasaysayan ng pamilya at lipunan) para sa mga layuning inilalarawan sa form ng pahintulot na ito.

Seksyon 6. Pagkawalang-bisa
Ang pahintulot na ito ay hindi mawawalan ng bisa, maliban kung magsusulat ako rito ng petsa o pangyayari kung kailan ito mawawalan ng bisa: ______________________

Seksyon 7. Aking mga Karapatan
• Nauunawaan ko na hindi ko kailangang lagdaan ang form ng pahintulot na ito. Kung hindi ako lalagda upang pahintulutan man lamang ang paggamit at pagbubunyag para sa layunin ng Pagbabayad at mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan, maaaring hindi ako payagang makakuha ng mga programa o serbisyong nangangailangan ng pagbubunyag ng aking impormasyon tungkol sa paggamit ng substansya. • Maaari kong bawiin ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa mga indibidwal o organisasyong ayaw kong magbunyag ng aking impormasyon, maliban kung umasa na sila sa pahintulot na ito upang ibunyag ang aking impormasyon. Maaari kong bawiin ang aking pahintulot nang pasalita o nakasulat. • May karapatan akong makatanggap ng kopya ng form ng pahintulot na ito.

Seksyon 8. Abiso sa Muling Pagbubunyag
Sa pamamagitan ng paglagda sa form ng pahintulot na ito, pinapahintulutan ko ang pagbubunyag ng aking impormasyon tungkol sa paggamit ng substansya gaya ng inilalarawan sa itaas. Maaaring umasa ang mga indibidwal o organisasyong nakalista sa Seksyon 4 sa pahintulot na ito upang gamitin at ibunyag ang aking impormasyon para sa Paggamot, Pagbabayad, at mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan O para sa Pagbabayad at mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan (depende sa pinili ko sa Seksyon 2), ayon lamang sa pinahihintulutan ng batas. Kapag nagamit o naibunyag na ang aking impormasyon sa ilalim ng pahintulot na ito, maaari pa itong gamitin o ibunyag sa ilalim ng Batas sa Portabilidad at Pananagutan ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), sa halip na sa mas mahigpit na mga proteksyon sa ilalim ng 42 CFR Part 2. Gayunpaman, patuloy na ipinagbabawal ng Part 2 ang paggamit at pagbubunyag ng aking impormasyon tungkol sa paggamit ng substansya sa mga paglilitis na kriminal, sibil, o administratibo laban sa akin nang wala ang aking partikular na nakasulat na pahintulot o utos ng hukuman.

Seksyon 9. Mga Lagda
Hindi bababa sa isa sa mga sumusunod sa ibaba ang dapat lagdaan at lagyan ng petsa upang makumpleto ang form na ito
______________________________ ______________ **Lagda ng Kliyente** **Petsa** *Kung ang kliyente ay menor de edad na may legal na awtoridad na pumayag sa sarili niyang paggamot sa sakit dulot ng paggamit ng substansya sa ilalim ng batas ng Estado, dapat lagdaan ng menor de edad ang form. Kung magiging 18 taong gulang ka, o kung magbabago ang iyong guardianship, kakailanganin mong magbigay ng bagong pahintulot.*
______________________________ **ISULAT NANG MALINAW ANG PANGALAN ng Magulang/Guardian o Awtorisadong Kinatawan** ______________________________ ______________ **LAGDA ng Magulang/Guardian/Awtorisadong Kinatawan** **Petsa** *Kung lumalagda para sa isang menor de edad, ang taong lumalagda ay dapat na legal na awtorisadong pumayag sa pagbubunyag ng impormasyon ng menor de edad tungkol sa SUD. Dapat magbigay ng dokumentasyon ng awtoridad (hal., mga dokumento ng guardianship, utos ng hukuman).* *Pakilarawan ang awtoridad:* ______________________________

Ipinagbabawal ng 42 CFR Part 2 ang hindi awtorisadong paggamit o pagbubunyag ng mga rekord na ito