Behavioral Health Department
Alameda County Health

FORM B

Pahintulot sa Pagbubunyag ng Impormasyon Tungkol sa Paggamit ng Substansya
PARA SA IBA PANG MGA LAYUNIN (42 CFR PART 2)

MGA TAGUBILIN:

- Isang kahon lamang ang maaaring lagyan ng tsek sa bawat form ng pahintulot.
- Kung nais mong pahintulutan ang pagbubunyag ng iyong impormasyon tungkol sa sakit dulot ng paggamit ng substansya (substance use disorder, SUD) sa maraming partido para sa magkakaibang layunin, dapat kumpletuhin ang hiwalay na form ng pahintulot para sa bawat isa. Halimbawa: kung pinapahintulutan mo ang pagbubunyag ng pangkalahatang impormasyon tungkol sa paggamit ng substansya sa isang probation officer at ang pagbubunyag ng mga tala ng counseling sa parehong probation officer, **dapat kang kumumpleto ng hiwalay na form para sa bawat uri ng impormasyon.**

Lagyan ng tsek ang **ISANG** kahon lamang:

☐ **Magulang/Guardian o Legal na Kinatawan** – pagbubunyag sa mga legal na awtorisadong Kinatawan.

☐ **Legal/Mga Paglilitis sa Hukuman** – pagbubunyag para sa isang partikular na legal na usapin. Nauunawaan ko na maaaring gamitin ang aking impormasyon tungkol sa SUD sa mga paglilitis na kriminal, sibil, o administratibo. Numero ng Kaso (kung alam): ______________________________

☐ **Mga Tala ng Counseling** – pagbubunyag ng mga tala ng counseling tungkol sa SUD para sa mga layunin maliban sa paggamot.

☐ **Iba pa** (ilarawan: ______________________________

Seksyon 1. Impormasyon ng Kliyente

______________	______________	______________
Pangalan	Apelyido	Gitnang Pangalan
______________	______________	______________
Medi-Cal CIN	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Telepono

Seksyon 2. Pahintulot/Awtorisasyon na Ibunyag ang Aking Impormasyon (Pasalita o Nakasulat)

a. Pinapahintulutan ko ang sumusunod na (mga) indibidwal o (mga) organisasyon na ibunyag ang mga rekord:

____

b. Pinapahintulutan ko ang sumusunod na (mga) indibidwal o (mga) **organisasyon** na tanggapin ang aking mga rekord:

____

c. Mga Rekord na Ibubunyag (piliin ang mga uri ng impormasyong pinapahintulutan/inaawtorisahan mong ibunyag).
Mahalaga: Kung pinapahintulutan mo ang pagbubunyag ng mga Tala ng Counseling sa form ng pahintulot na ito, ***huwag lagyan ng tsek ang alinman sa mga kahon sa ibaba, dahil*** ang mga tala ng counseling ay isang hiwalay na kategorya ng mga rekord sa ilalim ng Mga Tuntunin ng Part 2.

☐ Kasaysayan ng mga Serbisyo	☐ Mga Gamot	☐ Mga Resulta ng Pagsusuri sa Droga at Laboratoryo
☐ Impormasyon sa Pagtatasa	☐ Mga Plano sa Paggamot	☐ Mga Plano at Buod ng Pag-discharge
☐ Diagnosis	☐ Mga Tala ng Progreso	
☐ Iba pa (ilarawan):		

Seksyon 3. Layunin ng Pagbubunyag

Pumapayag ako/inaawtorisahan ko ang pagbubunyag ng aking impormasyon para lamang sa sumusunod na (mga) layunin:

____

____

Seksyon 4. Pagkawalang-bisa

Ang pahintulot na ito ay mawawalan ng bisa dalawang (2) taon pagkatapos ng petsa ng paglagda ko sa form na ito, maliban kung magsusulat ako rito ng petsa o pangyayari kung kailan ito mawawalan ng bisa:

____

Seksyon 5. Aking mga Karapatan

- Hindi ko kailangang lagdaan ang form ng pahintulot na ito. Ang aking paggamot, pagbabayad, pagpapatala sa isang planong pangkalusugan, at/o pagiging kwalipikado para sa mga benepisyo ay hindi nakasalalay sa paglagda ko sa form na ito. Boluntaryo ang paglagda sa form na ito at kinakailangan lamang kung nais kong mangyari ang pagbubunyag na inilalarawan sa form na ito.

- Kapag nagamit o naibahagi na ang iyong impormasyon tungkol sa SUD, maaaring hindi na ito protektado ng pederal na batas (42 CFR Part 2 o ng Batas sa Portabilidad at Pananagutan ng Insurance sa Kalusugan) o maaaring hindi na ito maprotektahan sa parehong paraan gaya noong bago ito ginamit o ibinahagi.
- Maaari kong bawiin ang pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa mga indibidwal o organisasyong nakalista sa Seksyon 2, maliban kung naibunyag na ang aking impormasyon batay sa pahintulot na ito.
- May karapatan akong makatanggap ng kopya ng form ng pahintulot na ito.

Seksyon 6. Abiso sa Muling Pagbubunyag

Nauunawaan ko na pinoprotektahan ng mahigpit na pederal na batas ang aking impormasyon tungkol sa paggamit ng substansya. Ipinagbabawal ng batas na ito sa sinumang tumatanggap ng aking impormasyon na muli itong ibunyag maliban kung partikular ko itong pinahintulutan nang nakasulat, o kung pinahihintulutan ito ng batas.

Seksyon 7. 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 o Awtorisadong Kinatawan Petsa **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