



Karyn Tribble, PsyD, LCSW

Direktor

**Pahintulot para sa Paglalabas ng Kumpidensyal
na Impormasyon**

(Pakipunan ang magkabilang pahina ng form na ito)

Apelyido ng Konsyumer	Pangalan	Gitnang Pangalan	Petsa ng Kapanganakan
Address ng Kalye	Lungsod	Zip Code	Telepono na Matatawagan sa Maghapon
Social Security Number		*(Kinakailangan)	
Ako, ay humihiling na ang aking protektadong impormasyon sa kalusugan (Protected Health Information, PHI) mula sa:			
Pangalan ng Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan		Telepono	
Address ng Kalye	Lungsod/Estado	Zip Code	FAX # (kung alam)

Ibubunyag sa: ACBHD – QA Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

Pinapahintulutan kong ilabas ang sumusunod na PHI mula sa aking (mga) medikal na rekord:

- | | |
|---|---|
| ☐ Rekord mula sa Emergency Room | ☐ Mga Pathology Slide/Ulat |
| ☐ Mga Ulat sa Laboratoryo | ☐ Detalyadong Rekord ng Pagsingil |
| ☐ Mga Ulat sa Radiology | ☐ Buod ng Paglabas sa Ospital |
| ☐ Rekord ng Pagpapabakuna | ☐ Kasaysayan at Pisikal na Pagsusuri, Mga Konsultasyon |
| ☐ Kumpletong Medikal na Rekord (lahat ng pahina) | ☐ Mga Ulat sa Operasyon |
| ☐ Iba pa: _____ | |

Release of Information QA Version (MH and SUD)
v. 07.17.25-Tagalog_LP.docx

2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
(TTY: 1-510-533-5018)

Pinoprotektahan ng batas ng Estado at Pederal ang sumusunod na impormasyon. Kung naaangkop ang impormasyong ito sa iyo, ilagay kung nais mong ilabas/kunin ang impormasyong ito (isama ang mga petsa kung saan naaangkop):

Mga Rekord ng Kalusugan ng Pag-iisip ☐ Oo ☐ Hindi

Mga Rekord ng Psychotherapy ☐ Oo ☐ Hindi

Pagsusuri at mga Resulta ng HIV ☐ Oo ☐ Hindi

Rekord ng Pag-abuso sa Alak, Droga, o Substansya ☐ Oo ☐ Hindi

Mga Rekord ng Genetic ☐ Oo ☐ Hindi

Saklaw ang panahon ng pangangalagang

pangkalusugan mula: Partikular na (mga) Petsa _____
hanggang _____ **O**

☐ Lahat ng nakaraan, kasalukuyan, at hinaharap na
pagkonsulta/pagbisita

Layunin ng paghiling ng impormasyon: Paglutas ng aking
kahilingan para sa karaingan o apela

Release of Information QA Version (MH and SUD)

v. 07.17.25-Tagalog_LP.docx

2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
(TTY: 1-510-533-5018)

Maaaring bawiin ng lumagda ang pahintulot na ito anumang oras, maliban kung may mga hakbang nang isinagawa base rito at kung hindi babawiin nang mas maaga, magwawakas ito makalipas ang anim (6) na buwan mula sa petsa ng pagbibigay ng pahintulot. Maaaring bawiin ng lumagda ang paglalabas na ito sa pamamagitan ng nakasulat o sa berbal na pagpapabatid sa Tulong para sa Konsyumer.

Lagda ng Kliyente o
Awtorisadong Kinatawan

Petsa

Isulat ang Pangalan nang
Malinaw

Relasyon sa Pasyente
(kung naaangkop)

Anumang pagbubunyag ng impormasyon mula sa medikal na rekord ng (mga) tatanggap ay ipinagbabawal, maliban na lamang kung ito ay malinaw na kasama sa layunin ng pagbubunyag. IPINAGBABAWAL ANG MULING PAGBUBUNYAG NG PINANGANGALAGAANG IMPORMASYON TUNGKOL SA SUD: Ipinagbabawal ng 42 CFR Part 2 ang hindi awtorisadong pagbubunyag ng mga rekord na ito.

Release of Information QA Version (MH and SUD)
v. 07.17.25-Tagalog_LP.docx

**2000 Embarcadero Cove, Oakland, CA 94606, Suite 400 |
Health.AlamedaCountyCA.gov/ACBHD | 1-510-567-8100
(TTY: 1-510-533-5018)**