|  |
| --- |
| **IMPORMASYON NG PASYENTE** |
|  |
| **Apelyido** | **Pangalan** | **Gitnang Pangalan** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Petsa ng Kapanganakan** | **Num. ng Social Security** | **Telepono sa Tahanan** | **Telepono sa Trabaho** | **Extension** |
|  |  |  |  |
| **Street**  | **Address** | **Lungsod** | **Estado** | **Zip Code** |
| **PINAHIHINTULUTAN KO NA ANG AKING INDIBIDUWAL NA PAGKAKAKILANLAN** **NA IMPORMASYONG SUBSTANCE USE DISORDER (SUD) AY MAILABAS MULA SA:** |
| * **Kawani ng BHCS County**
* **Network ng Tagapagbigay ng BHCS SUD (pinagsama na SPN)\***
 | ([ ] ) Tsekan ang kahon at kumpletuhin sa ibaba para magdagdag ng tagapagbigay ng paggamot sa labas ng network ng BHCS/SPN: |
|  |  |
| **Hindi-SPN na Tagapagbigay ng Paggagamot** | **Numero ng Telepono** | **Extension** |
|  |  |  |
| **Address ng Kalye** | **Lungsod** | **Estado** | **Zip Code** |
| **PINAHIHINTULUTAN KO NA ANG AKING INDIBIDUWAL NA PAGKAKAKILANLAN NA IMPORMASYONG SUD AY MAIBIGAY KAY AT MAGAMIT NI:** |
|  |  |
| **Pangalan ng Emergency Contact #1** | **Numero ng Telepono** | **Extension** |
|  |  |  |
| **Address ng Kalye** | **Lungsod** | **Estado** | **Zip Code** |
|  |  |  |
|  |  |
| **Pangalan ng Emergency Contact #2** | **Numero ng Telepono** | **Extension** |
|  |  |  |
| **Address ng Kalye** | **Lungsod** | **Estado** | **Zip Code** |

|  |
| --- |
| Nauunawaan ko na ang aking SUD na pagpapagamot, diyagnosis at referral; bayad; pagpapatala; pamamahala ng kaso; koordinasyon ng pangangalaga; pamamahala ng medikasyon; at/o pagiging nararapat sa mga benepisyo at nakadepende sa pagkumpleto ng pahintulot na ito.  |
| **PAGKAPASO:** **Mapapaso ang Awtorisasyong ito labingdalawang (12) buwan mula sa huling petsa ng mga serbisyo ng SUD na ibinigay ng BHCS at/o SPN.** |
| **Layunin ng Pagsisiwalat** | **Halaga at Uri** |
| * Maaaring kontakin ng legal na mga humahawak ng aking protektadong impormasyon ng SUD ang aking (mga) emergency contact sa panahon ng emergency, at magsiwalat na ako ay isang pasyente na inuobserbahan ng programang ito na SUD.
 | * Limitado sa impormasyon na kinakailangan upang maisagawa ang Layunin ng Pagsisiwalat
* Pinahihintulutan ko ang legal na mga humahawak na muling isiwalat ang aking protektadong impormasyon ng SUD sa ilalim ng awtorisasyong ito at 42 CFR part 2
* Iba pa:
 |
|  **Lagda ng Pasyente**  |  **I-print/I-type ang Pangalan** |  |  **Petsa** |
|  **Lagda ng Magulang o Tagapag-alaga** |  **I-print/I-type ang Pangalan** | ([ ] ) Magulang ([ ] ) Tagapag-alaga  |  **Petsa** |
| **PAGBAWI AT PAGHILING:** Nauunawaan ko na may karapatan akong bawiin ang pahintulot na ito anumang oras maliban kung gumawa ng pagkilos bilang tugon sa o sa pag-asa sa pahintulot na ito. Nauunawaan kong kontakin ang kinatawan ng BHCS para sa Impormasyong Pangkalusugan upang bawiin ang pahintulot na binigay sa BHCS. Higit kong nauunawaan na dapat akong magbigay ng hiwalay na pagbawi kanino mang ibang tao o entidad na pinahintulutan kong isiwalat, tanggapin o kung hindi man ay gamitin ang indibiduwal kong makikilalang impormasyon ng SUD sa itaas upang mabawi ang pahintulot na binigay sa tao o entidad na iyon. \* Kasama sa SPN ang nakalipas, kasalukuyan at pang hinaharap na tagapagbigay sa network. isang direktoryo ng kasalukuyang mga network ng tagapagbigay na nakikibahagi sa SPN ang makukuha sa http://www.acbhcs.org/SUD/docs/SUD\_providers\_dirctory.pdf. Nauunawaan ko na may karapatan akong humiling ng listahan ng mga entidad kung saan isiniwalat ang aking impormasyong pagkakakilanlan ng pasyente alinsunod sa pangkalahatang pagtatalaga sa ilalim ng pahintulot na ito at mga angkop na regulasyon. Higit kong nauunawaan na ang nasabing hiling ay dapat nakasulat at limitado lamang sa mga pagsisiwalat na ginawa sa loob ng nakaraang dalawang taon. |
| **PAGBABAWAL SA MULING PAGSISIWALAT NG PROTEKTADONG SUD NA IMPORMASYON:** Pinagbabawal ng 42 CFR part 2 ang hindi awtorisadong pagsisiwalat ng mga talaang ito. |
|  |
| **SUD-ROI-EMERGENCY CONTACT - REV 04/18** |