|  |
| --- |
| **IMPORMASYON NG PASYENTE** |
|  |
| **Apelyido** | **Unang Pangalan** | **Gitnang Pangalan** |
|  |  |  |  |  |
| **Petsa ng Kapanganakan** | **Num. ng Social Security**  | **Telepono sa Tahanan** | **Telepono sa Trabaho** | **Extension** |
|  |  |  |  |
| **Address ng Kalye** | **Lungsod** | **Estado** | **Zip Code** |
| **PINAHIHINTULUTAN KO NA ANG INDIBIDUWAL NA MAKIKILALA** **KONG SUBSTANCE USE DISORDER (SUD) NA IMPORMASYON AY MAILABAS MULA SA:** |
| • **Kawani ng BHCS County**• **Network ng Tagapagbigay ng BHCS SUD (pinagsama na SPN)\*****• Cal. Dept. of Health Care Services**  | • **Medi-Cal, Medicaid, at/o Medicare** • **Ang sumusunod na kompanya ng insurance o nagbabayad:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**([ ] ) 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 Paggamot** | **Numero ng Telepono** | **Extension** |
|  |  |  |
| **Address ng Kalye** | **Lungsod** | **Estado** | **Zip Code** |
| **PINAHIHINTULUTAN KO NA ANG INDIBIDUWAL NA MAKIKILALA** **ANG IMPORMASYON NG SUD AY IBIBIGAY AT GAGAMITIN NG:** |
| • **Kawani ng BHCS County;** • **SPN\*****• Cal. Dept. of Health Care Services**• **Hindi-SPN na Tagapagbigay ng Paggamot na pinangalanan sa itaas**  | • **Medi-Cal, Medicaid, at/o Medicare**• **Ang sumusunod na kompanya ng insurance o nagbabayad:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**([ ] ) Para sa Iba, tsekan ang kahon at kumpletuhin sa ibaba: |
| **Pangalan ng Tagapagbigay/Klinika/Ospital** | **Numero ng Telepono** | **Extension** |
|  |  |  |
| **Address ng Kalye** | **Lungsod** | **Estado** | **Zip Code** |

|  |
| --- |
| Nauunawaan ko na ang aking SUD na pagpapagamot, diyagnosis at referral; bayad; pag-enroll; pamamahala ng kaso; koordinasyon ng bayad; pamamahala ng medikasyon; at/o pagiging nararapat sa mga benepisyo at nakakundisyon sa pagkumpleto ng pahintulot na ito.  |
| **PAGKAPASO:** **Mapapaso ang Awtorisasyong ito labingdalawang (12) buwan mula sa huling petsa ng mga serbisyo ng SUD ng BHCS at/o SPN.**  |
| **Layunin ng Pagsisiwalat Halaga at Klase** |
| • Paggamot, Diyagnosis at Referral• Bayad • Pamamahala ng kaso, koordinasyon ng pag-aalaga, at  pamamahala ng medikasyon • Pagiging nararapat, pagsaklaw, at koordinasyon ng  pampublikong tulong, mga benepisyo at mga serbisyo • Mga aktibidad sa operasyon ng pag-aalaga ng kalusugan• Pananaliksik, pagsusuri, audit | • Limitado sa impormasyon na kailangan para  isagawa ang Layunin sa Pagsisiwalat• Pinahihintulutan ko ang mga naaayon sa batas na mga may hawak na muling isiwalat ang protektado kong 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. Ang direktoryo ng mga kasalukuyang tagapagbigay sa network na lumalahok sa SPN ay nasa http://www.acbhcs.org/provider\_directory/ Nauunawaan ko na may karapatan akong humiling ng listahan ng mga entidad kung saan ang aking impormasyong pangkilala ng pasyente ay isiniwalat alinsunod sa pangkalahatang designasyon sa ilalim ng pahintulot na ito at mga angkop na regulasyon. Higit kong nauunawaan na ang nasabing hiling ay dapat nakasulat at limitado 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-BHCS SUD PROGRAMS - REV 04/18** |