

Pagtatalaga ng Awtorisadong Kinatawan

Mahalagang Impormasyon

May karapatan kang pahintulutan (bigyan) ang isang kaibigan, miyembro ng pamilya, o ibang tao na tutukuyin mo na makaakses sa ilang medikal na impormasyong tungkol sa iyo. Para gawin ito, tapusin ang form na ito at ipadala sa:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Member Services
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 420-7580

Impormasyon ng Miyembro

Pangalan:	Apelyido:
Address:	
Numero ng Telepono:	Petsa ng Kapanganakan:
ID/CIN ng Miyembro:	

Impormasyon ng Awtorisadong Kinatawan

Pangalan:	Apelyido:
Address:	
Numero ng Telepono:	Petsa ng Kapanganakan:

Pag-akses sa Protektadong Impormasyon ng Kalusugan

Pakitsek ang kahong kalapit ng bawat uri ng impormasyong gusto mong magkaroon ang iyong awtorisadong kinatawan.

<input type="checkbox"/> Katayuan ng pagiging karapat-dapat at provider ng pangunahing pangangalaga	<input type="checkbox"/> Baguhin ang address at numero ng telepono
<input type="checkbox"/> Mag-order ng ID card	<input type="checkbox"/> Palitan ang provider ng pangunahing pangangalaga
<input type="checkbox"/> Hindi sensitibong impormasyon ng kalusugan	<input type="checkbox"/> Iba pa:

**Pag-akses sa Sensitibong Impormasyon ng Kalusugan
(Dapat pumirma ang miyembro sa ibaba ng mga checkbox)**

Pakitsek ang kahong kalapit ng bawat uri ng impormasyong gusto mong magkaroon ang iyong awtorisadong kinatawan.

Paggamot sa kalusugan ng isip/pag-uugali

Paggamot sa sakit na naipapasa sa pakikipagtalik

Paggamot sa karamdaman dahil sa paggamit ng kontroladong kemikal

Mga resulta ng pagsusuri ng genes

Pirma ng Miyembro: _____

Pag-expire ng Pahintulot

Mag-e-expire (magtatapos) ang pahintulot na ito sa loob ng eksaktong isang taon maliban kung pumili ka ng ibang petsa sa ibaba.

Mag-e-expire ang pahintulot na ito sa petsang ito

(kailangan ang petsa): _____

**Mga Serbisyong Pahintulot ng Menor de Edad (12 taong gulang o mas matanda)
(Dapat pumirma ang miyembro sa ibaba ng mga check box)**

Pakitsek ang kahong kalapit ng bawat uri ng impormasyong gusto mong magkaroon ang iyong Awtorisadong Kinatawan.

Paggamot o pagpapayo sa kalusugan ng isip

Paggamot sa pagbubuntis

Paggamot sa biktima ng pagsalakay

Paggamot sa pagkagumon sa droga o alak

Paggamot para makaiwas sa mga sakit na naipapasa sa pakikipagtalik o nakahahawa

Paggamot sa biktima ng panggagahasa

Pirma ng Menor de Edad na Miyembro
(12 taon o mas matanda): _____

Pirma ng Miyembro

Nauunawaan ko hinihingi ng batas sa Partnership HealthPlan of California at iba pang organisasyon at indibidwal gaya ng mga doktor, ospital at planong pangkalusugan na panatilihing kumpidensyal (pribado) ang aking impormasyon ng kalusugan. Sa ilalim ng batas ng California, ipinagbabawal sa tatanggap ng aking medikal na impormasyon na muling isiwalat (ibahagi) ang impormasyon, maliban kung may nakasulat na pahintulot o partikular na hinihingi o pinahihintulutan ng batas.

Nauunawaan ko rin na kung magbigay ako ng pahintulot na ibahagi ang aking impormasyon ng kalusugan sa isang taong legal na hindi kinakailangang panatilihin itong kumpidensyal, maaaring hindi na ito maprotektahan ng mga batas sa pagkapribado ng pederal.

ANG IYONG MGA KARAPATAN

Ang Pahintulot na ito na ilabas ang impormasyon ng kalusugan ay boluntaryo (hindi kinakailangan). Maaaring hindi gawing kondisyon ang paggamot, pagbabayad, pagpapatala o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo sa pagpirma sa Pahintulot na ito maliban sa sumusunod na mga kaso:

- (1) Para magsagawa ng paggamot na may kaugnayan sa pananaliksik
- (2) Para kumuha ng impormasyong may kaugnayan sa pagiging karapat-dapat o pagpapatala sa isang planong pangkalusugan
- (3) Para tukuyin ang pananagutan ng isang entidad na magbayad ng claim
- (4) Para gumawa ng impormasyon sa kalusugan para ibigay sa ikatlong partido

Maaaring iurong at pawalang-bisa (bawiin) ang pahintulot na ito anumang oras. Maaari mong pawalang-bisa ang pahintulot na ito sa pamamagitan ng pagtawag sa mga Serbisyo sa Miyembro sa **(800) 863-4155** o sa pagpapadala nito sa koreo o pag-fax nito sa:

Partnership HealthPlan of California
c/o Member Services Department
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 863-4415

Magkakabisa ang pagpapawalang-bisa na ito kapag natanggap ito ng Partnership. Gayunpaman, hindi makakaapekto ang iyong pag-urong/pagpapawalang-bisa sa mga karapatan ng sinumang kumikilos bilang pagtitiwala sa pahintulot na ito bago ang abiso ng pag-urong/pagpapawalang-bisa.

May karapatan kang makatanggap ng kopya ng pahintulot na ito.

Lagda

Petsa

I-print ang Pangalan

Relasyon sa Miyembro