

Pahintulot upang Ilabas ang Medikal na Impormasyon

Mahalagang Impormasyon

Para payagan ang Partnership HealthPlan of California, o isa pang entidad, na ilabas ang iyong medikal na impormasyon, dapat mo munang ibigay ang iyong pahintulot. Pakitapos 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:

Hinihiling (hinihingi) ko at pinahihintulutan _____
na ilabas ang medikal na impormasyong nakatsek sa ibaba ng miyembrong pinangalanan sa itaas sa tao o entidad na pinangalanan sa ibaba:

Pangalan:

Address:

Numero ng Telepono:

Numero ng Fax:

Para sa sumusunod na partikular na (mga) gamit/(mga) layunin:

Personal na paggamit

Legal

Kompensasyon ng mga Manggagawa

Medikal na Paggamot

Pagiging Karapat-dapat

Kapansanan

Iba pa:

Partikular na (mga) petsa ng serbisyo:

Mula: _____ Hanggang: _____

**Limitado ang pahintulot na ito sa medikal na impormasyon na may tsek sa ibaba:
(Mangyaring tandaan: Nangangailangan ng hiwalay na pirma ang sensitibong impormasyon ng kalusugan sa ibaba.)**

<input type="checkbox"/> Mga kopya ng mga rekord o impormasyon ng kalusugan <i>maliban sa</i> sensitibong impormasyon ng kalusugan. <hr/> Pirma ng miyembro o personal na kinatawan	<input type="checkbox"/> Mga kopya ng mga rekord o impormasyon ng kalusugan <i>kasama</i> ang sensitibong impormasyong ipinakikita sa ibaba. <hr/> Pirma ng miyembro o personal na kinatawan
<input type="checkbox"/> Paggamot sa kalusugan ng isip/pag-uugali <hr/> Pirma ng miyembro o personal na kinatawan	<input type="checkbox"/> Paggamot sa sakit na naipapasa sa pakikipagtalik <hr/> Pirma ng miyembro o personal na kinatawan
<input type="checkbox"/> Paggamot sa karamdaman dahil sa paggamit ng kontroladong kemikal <hr/> Pirma ng miyembro o personal na kinatawan	Paglalarawan ng impormasyon ng karamdaman dahil sa paggamit ng kontroladong kemikal: <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> Medikal na impormasyong may kaugnayan sa sumusunod na partikular na provider ng medikal, paggamot, o kondisyon: _____	

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): _____

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 sa pamamagitan ng pagtawag sa mga Serbisyo sa Miyembro sa **(800) 863-4155** o pagpapadala sa koreo ng iyong pinirmahang kahilingan sa:

Partnership HealthPlan of California
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