COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

Mga Tagubilin para sa Pagkumpleto ng Form ng Pahintulot sa Paggamot at Koordinasyon ng Pangangalaga ng SAPC

Ang layunin ng form ng pahintulot na ito ay magbigay ng nakasulat na pahintulot para sa paglalabas at pagpapalitan ng iyong impormasyong pangkalusugan, kabilang ang impormasyong protektado sa ilalim ng **42 CFR Part 2** (impormasyon tungkol sa karamdaman sa paggamit ng substance) sa pagitan ng iyong mga kasalukuyan, dati, at magiging provider na nagbibigay ng paggamot sa loob ng Network ng Provider ng SAPC, at sa (mga) panlabas na entidad o indibidwal na tinukoy sa form ng pahintulot na ito sa kahilingan mo o ng iyong awtorisadong kinatawan para sa layunin ng paggamot at koordinasyon ng pangangalaga ng kliyente. Para sa impormasyon ng SUD, ang layunin ng pahintulot at pagsisiwalat ay dapat na naaayon sa mga kinakailangan ng **42 CFR Part 2** at lahat ng naaangkop na batas ng Pederal at Estado. Ang iyong awtorisasyon ay boluntaryo at maaari kang tumangging lumagda. Mangyaring maglaan ng ilang sandali upang basahin ang mga tagubilin sa ibaba.

Basahin nang Mabuti ang Bawat Seksyon

Ang form na ito ay may kasamang ilang seksyon na naglalarawan sa kung:

- **Anong impormasyon ang** maaaring ibahagi
- **Sino** ang maaaring magpadala at tumanggap ng impormasyon
- **Bakit** ibinabahagi ang impormasyon
- **Gaano katagal** ang bisa ng awtorisasyon
- Ang **iyong mga karapatan**g bawiin o limitahan ang awtorisasyon na ilabas ang impormasyon

Mangyaring **basahin at suriing mabuti ang bawat seksyon** bago lumagda.

Tukuyin Kung Anong Impormasyon ang Maaaring Ilabas

Maaari mong piliing limitahan ang uri o dami ng impormasyong ilalabas. Maaari mong pahintulutan ang paglalabas ng:

- Iyong buong rekord sa kalusugan, **o**
- Tukuyin ang impormasyong pinahihintulutan mong gamitin at isiwalat

Sino ang Maaaring Magbahagi at Tumanggap ng Iyong Impormasyon

Dapat mong tukuyin kung kanino mo ibinibigay ang pahintulot na magbahagi ng impormasyon. Ito ay maaaring kabilangan ng:

- Network ng Provider o (mga) Ahensya ng SAPC, **o**
- Pumili ng mga provider na nagbibigay ng paggamot sa Network ng Provider o (mga) Ahensya ng SAPC, **o**
- Isa o higit pang entidad/indibidwal o tagapamagitan sa labas ng Network ng Provider (mga) Ahensya ng SAPC

Mangyaring sumangguni sa Seksyon II na "Mga Entidad na Awtorisadong Magbahagi ng Impormasyon Pangkalusugan".

Suriin ang Iyong mga Karapatan sa Ilalim ng HIPAA at 42 CFR Part 2

Isinasaad ng form na ito ang iyong mga karapatan sa ilalim ng mga batas ng Pederal at Estado. May karapatan kang:

- **Tumangging lumagda** ang awtorisasyong ito
- **Bawiin** ang iyong awtorisasyon anumang oras sa pamamagitan ng sulat o sa personal
- **Tumanggap ng kopya** ng nakumpletong form
- **Limitahan** ang impormasyong ibinabahagi
- **Asahan ang mga proteksyon sa pagiging kumpidensyal**, kabilang ang mga limitasyon sa muling pagsisiwalat

Mangyaring sumangguni sa Seksyon IV na “Iba Pang Mahalagang Impormasyon” at sa Seksyon VI na “Abiso na Kasama ng mga Pagsisiwalat” para sa karagdagang impormasyon na may kaugnayan sa iyong mga karapatan sa ilalim ng HIPAA at 42 CFR Part 2.

Pag-expire ng Awtorisasyon

Mag-e-expire ang form ng pahintulot na ito isang taon mula sa petsa kung kailan nilagdaan ang form na ito maliban kung maglalagay ka ng ibang petsa ng pag-expire sa itinalagang espasyo o maliban kung bawiin mo ang pahintulot na ito.
Maaari kang magsaad ng petsa na mas mababa sa isang taon o higit sa isang taon mula sa petsa kung kailan nilagdaan ang form na ito. Kung hindi ka magsasaad ng petsa ng pag-expire, maglalagay ang provider ng petsa na isang taon mula sa petsa kung kailan nilagdaan ang form ng pahintulot.

Mangyaring sumangguni sa Seksyon IV na “Iba Pang Mahalagang Impormasyon” at sa Seksyon VII na “Pagbawi ng Pahintulot” para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa pagbibigay ng awtorisasyon.

Pagbawi sa Iyong Awtorisasyon

Maaari mong bawiin ang iyong awtorisasyon anumang oras sa pamamagitan ng pag-aabiso nang nakasulat o personal sa iyong provider na nagbibigay ng paggamot o sa programa. Kung binawi ang pahintulot bago ang petsa ng pag-expire, ituturing na pinawalang-bisa ang form. **Hindi** binabawi ng pagbawi ang impormasyong naibahagi na bago pa matanggap ang pagbawi.

Ang seksyon ng pagbawi ay dapat lagdaan ng menor-de-edad **at** ng magulang, tagapag-alaga, o legal na kinatawan kapag kinakailangan ang pahintulot ng magulang, tagapag-alaga, o legal na kinatawan para sa pagpapayo o paggamot sa SUD ng isang menor-de-edad. Ipi-print ng magulang, tagapag-alaga, o legal na kinatawan ang kanilang buong pangalan, lalagda, at maglalagay ng petsa sa unang linya ng lagda sa ilalim ng Seksyon V na "Lagda ng Kliyente o Legal na Kinatawan" at isasaad ang kanilang relasyon sa kliyente sa linya sa ibaba ng unang linya ng lagda. Ipi-print ng menor-de-edad ang kanyang pangalan at lagda sa unang field ng lagda ng saksi.

Mangyaring sumangguni sa Seksyon IV na “Iba Pang Mahalagang Impormasyon” at sa Seksyon VII na “Pagbawi ng Pahintulot” para sa karagdagang impormasyon kung paano bawiin ang iyong awtorisasyon.

Elektronikong Pagpapalitan at Seguridad

Ang lahat ng pagsisiwalat—kabilang ang mga ginawa sa elektronikong paraan—ay dapat sumunod sa:

- Mga kinakailangan ng **HIPAA**
- **42 CFR Part 2**
- Iba pang naaangkop na batas sa **pagiging kumpidensyal ng Pederal at Estado**

Lagdaan at Lagyan ng Petsa ang Form

Kinukumpirma ng iyong lagda na:

- **Nauunawaan** mo ang impormasyon sa form
- **Pinahihintulutan** mo **ang paglalabas ng** inilalarawang **impormasyon**
- **Nauunawaan mo ang iyong mga karapatan** sa ilalim ng HIPAA at 42 CFR Part 2

Kung lalagda ka bilang isang **legal na kinatawan**, dapat mong isaad ang iyong awtoridad na gawin ito. Kabilang sa mga halimbawa ng legal na awtoridad ang Magulang, Legal na Tagapag-alaga, Conservator (tagapangasiwa ng isang tao/ari-arian), Executor of Estate (tagapamahala ng ari-arian ng namatay), Power of Attorney (taong binigyan ng legal na kapangyarihan upang kumilos para sa iba), at/o Next of Kin (pinakamalapit na kamag-anak). Kakailanganin mong magbigay ng karagdagang dokumentasyon upang patunayan ang iyong awtoridad o relasyon.

Kung lalagda ka bilang isang saksi para sa lagda sa pamamagitan ng marka, mangyaring punan ang naaangkop na seksyon ng iyong impormasyon.

Ang form ng pahintulot ay dapat lagdaan ng menor-de-edad **at** ng magulang, tagapag-alaga, o legal na kinatawan kapag kinakailangan ang pahintulot ng magulang, tagapag-alaga, o legal na kinatawan para sa pagpapayo o paggamot sa SUD ng isang menor-de-edad. Ipi-print ng magulang, tagapag-alaga, o legal na kinatawan ang kanilang buong pangalan, lalagda, at maglalagay ng petsa sa unang linya ng lagda sa ilalim ng Seksyon V na "Lagda ng Kliyente o Legal na Kinatawan" at isasaad ang kanilang relasyon sa kliyente sa linya sa ibaba ng unang linya ng lagda. Ipi-print ng menor-de-edad ang kanyang pangalan at lagda sa unang field ng lagda ng saksi.

Ibalik ang Nakumpletong Form

Ibalik ang nilagdaang form sa provider, programa, o ahensyang responsable sa pagproseso ng iyong kahilingan. Maaari kang humiling ng kopya para sa iyong mga rekord.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

PAG-IWAS AT PAGKONTROL SA PAG-AABUSO SA PAGGAMIT NG IPINAGBABAWAL NA SUBSTANCE

PAHINTULOT PARA SA PAGLALABAS NG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN TUNGKOL SA KARAMDAMAN SA PAGGAMIT NG SUBSTANCE PARA SA PAGGAMOT AT KOORDINASYON NG PANGANGALAGA

Layunin ng Pahintulot at Pagsisiwalat: Ang form ng pahintulot na ito ay nagbibigay ng awtorisasyon para sa paglalabas ng impormasyong pangkalusugan tungkol sa karamdaman sa paggamit ng substance (substance use disorder, SUD) na protektado sa ilalim ng 42 CFR Part 2 sa pagitan ng kasalukuyan, dati, at magiging mga provider na nagbibigay ng paggamot ng kliyente sa loob ng Network ng Provider ng SAPC, at sa mga panlabas na entidad o indibidwal na tinukoy sa form ng pahintulot na ito, sa kahilingan ng kliyente o ng kanyang awtorisadong kinatawan, para sa layunin ng paggamot at koordinasyon ng pangangalaga ng kliyente. Mangyaring isaad kung pinahihintulutan mo ang pagbabahagi ng impormasyon sa pagitan ng iyong kasalukuyan, dati, at magiging mga provider na nagbibigay ng paggamot sa loob ng Network ng Provider ng SAPC, o sa pagitan ng Network ng Provider ng SAPC at ng isa o higit pang panlabas na entidad/indibidwal o tagapamagitan na nasa labas ng Network ng Provider ng SAPC, sa pamamagitan ng pagpili ng isa o ng parehong opsyon sa ibaba:

☐ Sa loob ng Network ng Provider ng SAPC ☐ Sa labas ng Network ng Provider ng SAPC

Ang pagpiling ginawa sa seksyong ito ay dapat tumugma sa pagpiling ginawa sa Seksyon II. Mga Entidad na Awtorisadong Magbahagi ng Impormasyong Pangkalusugan.

I. IMPORMASYON NG KLIYENTE		
Pangalan (Apelyido, Pangalan, at Gitnang Pangalan):	Petsa ng Kapanganakan:	Medi-Cal #:
E-mail Address: Sa pamamagitan ng pagbibigay ng iyong e-mail address, pinahihintulutan mo ang SAPC at ang Network ng Provider ng SAPC na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng e-mail.	Numero ng Telepono:	Huling 4 na Numero ng SSN:
Address:		Sage ID #:

II. MGA ENTIDAD NA AWTORISADONG MAGBAHAGI NG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN

Pinahihintulutan ko ang aking kasalukuyan, dati, at magiging (mga) provider na nagbibigay ng paggamot na makipagpalitan ng impormasyong pangkalusugan tungkol sa SUD na protektado sa ilalim ng 42 CFR Part 2 sa (mga) entidad na tinukoy sa ibaba, alinsunod sa kahilingang ito, para sa layunin ng aking paggamot at koordinasyon ng aking pangangalaga.

Pumili ng isa o higit pa sa mga opsyon sa ibaba. Isa lamang sa mga opsyon na 'Sa loob ng Network ng Provider ng SAPC' ang maaaring piliin. Dapat tumugma ang (mga) opsyon na pinili sa ibaba sa (mga) opsyon na pinili sa itaas ng dokumentong ito.

☐ **Buong Network ng Provider ng SAPC:** Sa lahat ng provider na nagbibigay ng paggamot sa Network ng Provider ng SAPC. Kung ito lamang ang pagpipilian, lumaktaw sa Seksyon III. Saklaw ng mga Pagsisiwalat.

☐ Piliin ang **(mga) Ahensya ng Provider ng SAPC:** Sa piling (mga) provider na nagbibigay ng paggamot sa Network ng Provider ng SAPC na tinukoy sa ibaba.

☐ **Sa labas ng Network ng Provider ng SAPC:** Sa (mga) entidad/indibidwal o tagapamagitan sa labas ng Network ng Provider ng SAPC na tinukoy sa ibaba.

Gamitin ang mga nakalaang espasyo sa ibaba upang ilagay ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng napiling (mga) provider o Network ng Provider ng SAPC at/o ng (mga) entidad sa labas ng network na binibigyan mo ng pahintulot na makatanggap ng iyong protektadong impormasyon tungkol sa SUD. Kung kailangan ng karagdagang espasyo, mangyaring gamitin ang dokumentong "Mga Karagdagang Awtorisadong Indibidwal/Entidad para sa ROI" upang ilista ang mga karagdagang entidad at ilakip ang dokumentong ito sa dulo ng form ng pahintulot na ito.

1. Pangalan ng Entidad: _____

   Address: _____

   Numero ng Telepono: _____ # ng Fax: _____

   Email: _____ Website: _____

2. Pangalan ng Entidad: _____

   Address: _____

   Numero ng Telepono: _____ # ng Fax: _____

   Email: _____ Website: _____

3. Pangalan ng Entidad: _____

   Address: _____

   Numero ng Telepono: _____ # ng Fax: _____

   Email: _____ Website: _____

III. SAKLAW NG PAGSISIWALAT

Pinahihintulutan ko ang mga entidad na nakasaad sa Seksyon II na ibahagi ang protektadong impormasyong pangkalusugan na tinukoy sa ibaba.

Pumili ng isa sa mga opsyon sa ibaba.

☐ Ang aking buong rekord sa kalusugan

☐ Iba pa: _____

Tukuyin ang impormasyong pinahihintulutan mong gamitin at isiwalat.

IV. IBA PANG MAHALAGANG IMPORMASYON

Sa pamamagitan ng paglagda sa form ng Pahintulot na ito, nauunawaan ko na:

- **Pag-expire ng Pahintulot -** Mag-e-expire ang form ng pahintulot na ito isang taon mula sa petsa kung kailan nilagdaan ang form na ito maliban kung may ibang petsa ng pag-expire na tinukoy sa linya sa ibaba, o maliban kung binawi.

  Pinahihintulutan ko ang form ng Pahintulot na ito na mag-expire sa _____/_____ / _____.
  Buwan Araw Taon

- Ang aking mga rekord tungkol sa paggamot para sa pag-inom ng alak at/o paggamit ng ipinagbabawal na gamot ay protektado sa ilalim ng mga Pederal na regulasyon hinggil sa Pagiging Kumpidensyal ng mga Rekord ng Pasyente sa Pag-aabuso sa Paggamit ng Ipinagbabawal na Gamot, 42 C.F.R. Part 2, at ng Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Parts 160 at 164. Hindi maaaring isiwalat ang mga rekord na ito nang wala ang aking nakasulat na pahintulot, maliban kung pinahihintulutan ng mga naturang regulasyon.
- May karapatan akong makatanggap ng kopya ng form ng Pahintulot na ito. Ang kopya ng form ng Pahintulot na ito ay may parehong bisa tulad ng sa orihinal.
- **Impormasyon sa Muling Pagsisiwalat** - Ang impormasyong may kaugnayan sa pag-inom ng alak o paggamit ng ipinagbabawal na gamot na isiniwalat sa isang nasasaklaw na entidad o kasamahan sa negosyo ay maaaring isiwalat muli alinsunod sa mga pahintulot na nakapaloob sa mga regulasyon ng HIPAA.
- **Mga Limitasyon para sa Muling Pagsisiwalat** - Ang impormasyong isiniwalat ay hindi maaaring muling isiwalat para gamitin sa mga sibil, kriminal, administratibo, at lehislatibong paglilitis laban sa kliyente nang walang karagdagang form ng Pahintulot na para lamang sa layuning ito at naaayon sa mga kinakailangan ng 42 C.F.R. Part 2. Ang mga pagsisiwalat para sa mga legal na layunin ay nangangailangan ng hiwalay na pahintulot.
- Nauunawaan ko na ang impormasyong ginamit o isiniwalat alinsunod sa form ng pahintulot ay maaaring sumailalim sa muling pagsisiwalat ng tumanggap at hindi na protektado ng 42 C.F.R. Part 2.

- May karapatan akong bawiin ang Pahintulot na ito anumang oras, sa pamamagitan ng sulat o sa personal sa aking provider na nagbibigay ng paggamot para sa paggamit ng ipinagbabawal na substance, maliban sa mga pagkakataong ang aking provider o iba pang legal na may hawak ng impormasyon ay nakagawa na ng aksyon batay sa pahintulot na ito. Maaari kong gamitin ang seksyon ng Pagbawi ng Pahintulot sa form ng Pahintulot na ito upang wakasan ang form ng Pahintulot na ito sa pamamagitan ng sulat. Kapag natanggap na ang aking Pagbawi ng Pahintulot, babawiin ng aking provider o ng SAPC ang Pahintulot para sa paglalabas ng impormasyon sa hinaharap. Nauunawaan ko na hindi na maaaring mabawi ang mga impormasyong naisiwalat bago ko bawiin ang form ng Pahintulot na ito, at ang mga entidad na pinagbigyan ng mga naturang impormasyon ay hindi obligadong isauli o itapon ang mga impormasyong naisiwalat.

V. LAGDA NG KLIYENTE O LEGAL NA KINATAWAN

Sa paglagda sa ibaba, kinikilala ko na nabasa ko ang form ng Pahintulot at nauunawaan ko na ang aking lagda ay nagpapahintulot sa pagsisiwalat ng aking impormasyong pangkalusugan gaya ng inilalarawan sa form na ito. Nauunawaan ko na ang paglagda sa form na ito ay boluntaryo at may karapatan akong tumangging lumagda.

Pangalan at Lagda ng Kliyente o Legal na Kinatawan ng Kliyente:

Kung hindi makapagsulat ang kliyente, maaari siyang maglagay ng marka sa linya ng lagda. Ang paglagda gamit ang marka ay nangangailangan ng dalawang saksi. Dapat isulat ng isang saksi ang pangalan ng kliyente sa linyang itinalaga para sa pangalan ng kliyente at isulat ang kanyang sariling pangalan sa isa sa mga linyang "I-print ang Pangalan ng Saksi" at lumagda sa mga itinalagang espasyo para sa saksi sa ibaba. Dapat isulat ng pangalawang saksi ang kanyang pangalan sa isa pang linyang "I-print ang Pangalan ng Saksi" at lumagda sa isa pang espasyo para sa saksi upang kilalanin ang lagda ng kliyente gamit ang marka.

_____	_____	_____ / _____ / _____
I-print ang Pangalan (Pangalan, Gitnang Pangalan, at Apelyido)	Lagda	Buwan Araw Taon

Kung nilagdaan ng legal na kinatawan ng kliyente, isaad ang relasyon at awtoridad na gawin ito:

_____

Mga Pangalan at Lagda ng mga Saksi:

Kung hindi makapagsulat ang kliyente at naglagay siya ng marka bilang kanyang lagda sa itaas, kinakailangang kumpletuhin ng dalawang saksi ang seksyon para sa mga saksi sa pamamagitan ng pagsulat ng kanilang mga pangalan at paglagda sa ibaba.

1. _____	2. _____
I-print ang Pangalan ng Saksi (Una, Gitna, at Apelyido)	I-print ang Pangalan ng Saksi (Una, Gitna, at Apelyido)
_____	_____
Lagda	Lagda

VI. ABISO NA KASAMA NG MGA PAGSISIWALAT

Ang rekord na ito na isiniwalat sa iyo ay protektado ng mga Pederal na panuntunan sa pagiging kumpidensyal (42 CFR part 2). Ipinagbabawal ng mga panuntunang ito ang paggamit o pagsisiwalat ng rekord na ito, o ng anumang testimonya na naglalarawan sa impormasyong nakapaloob sa rekord na ito, sa anumang sibil, kriminal, administratibo, o lehislatibong paglilitis na isinasagawa ng anumang Pederal, Estado, o lokal na awtoridad laban sa pasyente, maliban kung awtorisado ito sa pamamagitan ng pahintulot ng pasyente, maliban kung nakasaad sa 42 CFR 2.12(c)(5) o ayon sa awtorisasyon ng hukuman alinsunod sa 42 CFR 2.64 o 2.65. Bukod dito, ipinagbabawal ng mga Pederal na panuntunan ang anumang iba pang paggamit o pagsisiwalat ng rekord na ito maliban kung nalalapat ang kahit isa sa mga sumusunod:

(i) Ang karagdagang paggamit o pagsisiwalat ay hayagang pinahihintulutan sa pamamagitan ng nakasulat na pahintulot ng indibidwal na kung saan isisiwalat ang impormasyon sa rekord na ito, o pinahihintulutan sa ibang paraan alinsunod sa 42 CFR part 2.

(ii) Isa kang nasasaklaw na entidad (covered entity) o kasamahan sa negosyo (business associate) at natanggap mo ang rekord para sa paggamot, pagbabayad, o mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan, o

(iii) Natanggap mo ang rekord mula sa isang nasasaklaw na entidad o kasamahan sa negosyo alinsunod sa 45 CFR Part 164, Subpart A at E.

Ang pangkalahatang awtorisasyon para sa paglalabas ng medikal o iba pang impormasyon ay HINDI sapat upang matugunan ang mga kinakailangang elemento ng nakasulat na pahintulot para sa karagdagang paggamit o muling pagsisiwalat ng rekord (tingnan ang 42 CFR 2.31).

VII. PAGBAWI NG PAHINTULOT

May karapatan akong bawiin ang form ng Pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pagkumpleto sa seksyong ito at pagpapadala sa pamamagitan ng koreo o sa personal na pagsusumite ng aking Pagbawi ng Pahintulot sa aking provider na nagbibigay ng paggamot, maliban sa mga pagkakataong ang aking provider o ibang legal na may hawak ng impormasyon ay nakagawa na ng aksyon batay sa nasabing pahintulot.

Address ng Ahensya ng Provider na Nagbibigay ng Paggamot para sa Paggamit ng Ipinagbabawal na Substance:

Pangalan ng Organisasyon: _____

Address ng Kalye (Linya 1): _____

Address ng Kalye (Linya 2: Apt/Suite/Yunit): _____

Lungsod, Estado, at Postal Code: _____

Kapag natanggap na ang aking Pagbawi ng Pahintulot, babawiin ng aking provider ang form ng Pahintulot para sa paglalabas ng impormasyon sa hinaharap. Ang mga pagsisiwalat na ginawa bago matanggap ang pagbawi ay hindi na mababawi.

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, binabawi ko ang aking Pahintulot para sa anumang paglalabas ng impormasyon sa hinaharap. Nauunawaan ko na ang anumang pagsisiwalat na ginawa bago matanggap ang pagbawi na ito ay hindi na maaaring bawiin o mabawi.

Pangalan at Lagda ng Kliyente o Legal na Kinatawan ng Kliyente:
Kung hindi makapagsulat ang kliyente, maaari siyang maglagay ng marka sa linya ng lagda. Ang paglagda gamit ang marka ay nangangailangan ng dalawang saksi. Dapat isulat ng isang saksi ang pangalan ng kliyente sa linyang itinalaga para sa pangalan ng kliyente at isulat ang kanyang sariling pangalan sa isa sa mga linyang "I-print ang Pangalan ng Saksi" at lumgda sa itinalagang espasyo para sa saksi sa ibaba. Dapat isulat ng pangalawang saksi ang kanyang pangalan sa isa pang linyang "I-print ang Pangalan ng Saksi" at lumagda sa isa pang espasyo para sa saksi upang kilalanin ang lagda ng kliyente gamit ang marka.

_____ _____ _____ / _____ / _____

I-print ang Pangalan (Pangalan, Gitnang Pangalan, at Apelyido) | Lagda | Buwan | Araw | Taon

Kung nilagdaan ng Legal na Kinatawan ng Kliyente, isaad ang relasyon at awtoridad na gawin ito:

_____

Mga Pangalan at Lagda ng mga Saksi:

Kung hindi makapagsulat ang kliyente at naglagay siya ng marka bilang kanyang lagda sa itaas, kinakailangang kumpletuhin ng dalawang saksi ang seksyon para sa mga saksi sa pamamagitan ng pagsulat ng kanilang mga pangalan at paglagda sa ibaba.

1. _____
I-print ang Pangalan ng Saksi (Una, Gitna, at Apelyido)

_____
Lagda

2. _____
I-print ang Pangalan ng Saksi (Una, Gitna, at Apelyido)

_____
Lagda

Ang mga kliyenteng direktang nagsumite sa SAPC ng Form ng Pahintulot sa Paglalabas ng Impormasyon ay maaaring magsumite pabalik ng nakumpletong Form ng Pahintulot para sa Pagbawi sa pamamagitan ng secure na email o koreo sa address na nakalista sa ibaba. Dapat isama ang kopya ng kanilang opisyal na pagkakakilanlan na inisyu ng pamahalaan upang mapatunayan ang pagiging lehitimo ng kahilingan.

Address na Padadalhan ng SAPC
Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Email Address:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Mangyaring tandaan: Hindi ipoproseso ang mga kahilingan para sa pagbawi ng pahintulot na isinumite sa SAPC mula sa mga kliyenteng hindi direktang kumumpleto ng form ng Pahintulot sa Paglalabas ng Impormasyon sa SAPC, o mga kahilingang isinumite nang walang kopya ng valid na ID na inisyu ng pamahalaan.

Paano punan ang Form ng Pahintulot sa Paggamot at Koordinasyon ng Pangangalaga ng SAPC

Layunin ng Pahintulot at Pagsisiwalat (Itaas ng Form)

Tinutukoy ng seksyong ito **kung kanino maaaring ibahagi ang iyong impormasyon sa SUD**. Tiyakin na ang mga pinili mo rito ay **tumutugma sa Seksyon II**.

Hakbang 1 — Basahin ang pahayag ng layunin.

1. Ipinaliliwanag nito na nagbibigay ng pahintulot ang form na ilabas ang impormasyong pangkalusugan tungkol sa SUD na protektado sa ilalim ng 42 CFR Part 2, "**para sa layunin ng paggamot at koordinasyon ng pangangalaga ng kliyente**."

Hakbang 2 — Pumili ng isa o higit pang opsyon

1. Pumili ng isa o parehong checkbox:
    a. **Sa loob ng Network ng Provider ng SAPC** Piliin kung gusto mong ibahagi ang iyong impormasyon sa mga provider ng SUD na may kontrata sa SAPC lamang.
    b. **Sa labas ng Network ng Provider ng SAPC** Piliin kung gusto mong ibahagi ang iyong impormasyon sa mga panlabas na entidad (hal., pangunahing pangangalaga, kalusugan ng pag-iisip, probasyon, partikular na ospital, iyong sarili, atbp.).

Seksyon I — Impormasyon ng Kliyente

Punan ang iyong personal na impormasyon upang matukoy nang tama ng SAPC at ng iyong mga provider ang iyong record.

1. **Pangalan:** Isulat ang iyong buong legal na pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Pangalan).
2. **Petsa ng Kapanganakan:** Gamitin ang MM/DD/YYYY.
3. **# ng Medi-Cal:** Ilagay ang iyong numero sa Medi-Cal, kung mayroon ka nito.
4. **Email Address:** Ilagay ang email address na regular mong ginagamit/tinitingnan.
5. **Numero ng Telepono:** Pinakamainam na numero ng telepono kung saan ka maaaring makontak.
6. **Huling 4 na Digit ng SSN:** Ilagay lamang ang huling apat na digit ng iyong Social Security Number. Kung wala kang SSN o hindi mo alam kung ano ang iyong SSN, mangyaring iwanan itong blangko.
7. **Address:** Ang iyong kasalukuyang address na padadalhan.
8. **# ng Sage ID:** Ibigay ang iyong numero ng medikal na record sa Sage EHR, kung alam mo. Kung hindi alam, iwanan itong blangko o itanong sa iyong provider.

Seksyon II — Mga Entidad na Awtorisadong Magbahagi ng Impormasyong Pangkalusugan

Tinutukoy ng seksyong ito **kung sino ang maaaring makipagpalitan ng iyong impormasyon sa SUD** batay sa iyong (mga) pagpipilian.

Hakbang 1 — Pumili ng isa o higit pang opsyon

Piliin ang (mga) opsyon na tumutugma sa iyong mga pangangailangan:

1. **Buong Network ng Provider ng SAPC**
    a. Piliin ito kung gusto mong pahintulutan ang iyong provider na makipagpalitan ng impormasyon sa buong Network ng Provider ng SAPC SUD upang ganap na mai-ugnay ang iyong pangangalaga sa iba't ibang ahensya.
    b. Kung ito lang ang kahon na may tsek, maaari kang lumaktaw sa Seksyon III.
2. **Pumili ng (mga) Ahensya ng Provider ng SAPC**
    a. Piliin kung gusto mong bigyan ng awtorisasyon ang iyong provider ng SUD na makipagpalitan ng impormasyon sa mga partikular na iba pang provider ng SAPC lamang.
    b. Kakailanganin mong ibigay ang partikular na hinihinging impormasyon para sa bawat SAPC provider na gusto mong hingan o pagbabahagian ng iyong impormasyong pangkalusugan.
3. **Sa labas ng Network ng Provider ng SAPC**
    a. Piliin kung gusto mong ibahagi ang iyong impormasyon sa mga panlabas na entidad (hal., Kagawaran ng Kalusugan sa Pag-iisip, Kagawaran ng Serbisyong Pangklusugan, iyong Doktor ng Pangunahing Pangangalaga, ospital, paaralan,

atbp.).

b. Kakailanganin mong ibigay ang partikular na hinihinging impormasyon para sa bawat entidad na nais gusto mong hingan o pagbabahagian ng iyong impormasyong pangkalusugan.

Hakbang 2 — Punan ang mga detalye ng entidad (kung naaangkop)

Para sa bawat provider ng SAPC o panlabas na entidad na binigyan mo ng awtorisasyon, mangyaring punan ang:

- **Pangalan ng Entidad** (buong pangalan, iwasan ang mga daglat)
- **Address** (buong address na padadalhan)
- **Numero ng Telepono** (may area code)
- **# ng Fax** (kung alam)
- **Email** (kung alam)
- **Website** (opsyonal)

Hakbang 3 — Magdagdag ng karagdagang pahina kung kinakailangan

Kung mayroon kang higit sa tatlong entidad, punan ang dokumentong "Mga Karagdagang Awtorisadong Indibidwal/Entidad para sa ROI" upang ilista ang mga karagdagang entidad at ilakip ang dokumento sa dulo ng form ng pahintulot na ito.

Seksyon III — Saklaw ng Pagsisiwalat

Tinutukoy ng seksyong ito kung **anong impormasyon** ang maaaring gamitin o isiwalat.

Hakbang 1 — Pumili ng isang opsyon

- ☐ **Ang aking buong rekord sa kalusugan** Piliin ito kung gusto mong maging available ang iyong buong rekord sa SUD para sa Koordinasyon ng Pangangalaga (Care Coordination).
- ☐ **Iba pa:** Piliin ito kung gusto mong limitahan ang ibabahaging impormasyon.

Hakbang 2 — Kung pipiliin ang "Iba pa," eksaktong tukuyin kung ano ang maaaring isiwalat

Maging espesipiko hangga't maaari upang malaman ng mga provider kung ano ang pinahihintulutan.
Mga halimbawa:

- "Mga petsa ng paggamot lamang"
- "Pagtatasa at diagnosis lamang"
- "Listahan ng gamot"
- "Katibayan ng pakikilahok sa programa"
- "Mga ulat ng progreso lamang"

Seksyon IV — Iba Pang Mahalagang Impormasyon

Basahin nang mabuti ang bawat subsection.

- **Pag-expire:** Mag-e-expire ang form ng pahintulot na ito isang taon mula sa petsa kung kailan nilagdaan ang form na ito maliban kung may tinukoy na ibang petsa ng pag-expire, o maliban kung binawi. Magsulat ng petsa sa itinalagang puwang kung gusto mong mag-expire ang form ng pahintulot bago o pagkalipas ng isang taon mula sa petsa ng paglagda sa form na ito. Kung hindi ka magsasaad ng petsa ng pag-expire, maglalagay ang provider ng petsa na isang taon mula sa petsa kung kailan nilagdaan ang form ng pahintulot.
- **Mga Proteksyon:** Ang iyong mga rekord ay protektado ng mga pederal na batas sa ilalim ng **42 CFR Part 2** at **HIPAA**.
- **Karapatang Hindi Lumagda:** Maaari kang tumangging luumagda, ngunit **hindi ilalabas ang iyong rekord**.
- **Karapatan na Makakuha ng Kopya:** Maaari kang humiling ng kopya ng nilagdaang pahintulot.
- **Muling Pagsisiwalat:** Ayon sa HIPAA, ang ilan sa iyong impormasyon ay maaaring muling isiwalat ng ahensyang tumanggap nito sa ilang limitadong pagkakataon.
- **Mga Legal na Proteksyon:** Hindi maaaring gamitin ang iyong impormasyon sa mga legal na paglilitis nang walang hiwalay na pahintulot.
- **Karapatan sa Pagbawi:** Maaari mong bawiin ang pahintulot na ito anumang oras. Ang impormasyong naibahagi na ay hindi na mababawi.

Seksyon V — Lagda ng Kliyente o Legal na Kinatawan

Dito mo pormal na pinahihintulutan ang paglalabas ng impormasyon.

1. **I-print ang Pangalan:** Ang iyong buong legal na pangalan.
2. **Lagda:** Lumagda gamit ang iyong pangalan.
    a. Kung hindi ka makapagsulat, maaari kang lumagda gamit ang isang marka.
    b. Kung lalagda sa pamamagitan ng marka, dapat kumpletuhin ng **dalawang saksi** ang seksyon ng saksi.
3. **Petsa:** Ilagay ang petsa ng paglagda.

4. **Kung nilagdaan ng isang Legal na Kinatawan:**
    a. Isaad ang relasyon (hal., magulang, tagapag-alaga, atbp.).
    b. Isaad ang awtoridad (hal., utos ng hukuman, conservatorship, atbp.).
5. **Seksyon ng Saksi** ***(tanging kung lalagda lang ang kliyente sa pamamagitan ng marka o kung ang kliyente ay menor-de-edad at nangangailangan ng pahintulot mula sa kanyang magulang/tagapag-alaga o legal na kinatawan)***
   Dapat gawin ng dalawang saksi ang:
    - I-print ang kanilang (mga) pangalan nang nababasa
    - Lagdaan ang kanilang (mga) pangalan

Kung lalagda ang isang **kinatawan**, dapat niyang isaad ang kanyang relasyon at legal na awtoridad para gawin ito. Kung **lalagda ang kliyente gamit ang isang marka**, dapat i-print at lumagda ang dalawang saksi gamit ang kanilang pangalan.

Dapat lagdaan ang form ng pahintulot ng menor-de-edad **at** ng magulang, tagapag-alaga, o legal na kinatawan kapag kinakailangan ang pahintulot ng magulang, tagapag-alaga, o legal na kinatawan para sa pagpapayo o paggamot sa SUD ng isang menor-de-edad. Ipi-print ng magulang, tagapag-alaga, o legal na kinatawan ang kanilang buong pangalan, lalagda, at maglalagay ng petsa sa unang linya ng lagda sa ilalim ng Seksyon V na "Lagda ng Kliyente o Legal na Kinatawan" at isasaad ang kanilang relasyon sa kliyente sa linya sa ibaba ng unang linya ng lagda. Ipi-print ng menor-de-edad ang kanyang pangalan at lagda sa unang field ng lagda ng saksi.

Seksyon VI — Abiso na Kasama ng mga Pagsisiwalat

Ito ang kinakailangang abiso tungkol sa pagiging kumpidensyal alinsunod sa 42 CFR Part 2 na kasama sa iyong impormasyon. Walang kinakailangang isulat sa seksyong ito. Ang Abiso na Kasama ng mga Pagsisiwalat ay isang abiso tungkol sa pagiging kumpidensyal na kasama ng mga rekord na inilalabas alinsunod sa awtorisasyon na ibinigay sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito. Ipinapaalam ng abiso tungkol sa pagiging kumpidensyal sa tatanggap na ang mga rekord na tinatanggap niya ay protektado ng mga batas ng Estado at Pederal tungkol sa pagiging kumpidensyal at hindi maaaring ibahagi sa ibang entidad na hindi awtorisado ng form ng pahintulot na ito.

Seksyon VII — Pagbawi ng Pahintulot

Kumpletuhin **lamang ang seksyong ito kung nais mong bawiin ang iyong pahintulot (ibig sabihin, sa hinaharap)**.

Hakbang 1 — Impormasyon ng Provider

Punan ang sumusunod para sa provider na nagbibigay ng paggamot:

- **Pangalan ng Organisasyon**
- **Kumpletong address na padadalhan**

Hakbang 2 — Lagda ng Pagbawi

1. **I-print ang iyong pangalan**
2. **Lumagda gamit ang iyong pangalan (o gumawa ng marka)**.
3. **Lagyan ng petsa ang pagbawi (MM/DD/YYYY)**
4. Kung lalagda **ang isang legal na kinatawan, isaad ang relasyon at awtoridad** na gawin ito
5. Kung direktang magsusumite sa SAPC, mangyaring **magsama ng kopya ng iyong ID na inisyu ng pamahalaan** upang mapatunayan ang iyong pagkakakilanlan

Hakbang 3 — Mga Saksi (kung lalagda sa pamamagitan ng marka o kung ang kliyente ay isang menor-de-edad at nangangailangan ng pahintulot mula sa kanyang magulang/tagapag-alaga o legal na kinatawan)

Dapat i-print at lagdaan ng dalawang saksi, o ng menor-de-edad, ang kanilang mga pangalan.

Hakbang 4 — Isumite ang pagbawi

Kung orihinal mong direktang isinumite ang pahintulot sa SAPC, maaari mong ipadala ang pagbawi:

- **Sa pamamagitan ng secure na email** sa SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (dapat magsama ng kopya ng iyong ID na inisyu ng pamahalaan)
- **Sa pamamagitan ng koreo** sa address ng SAPC na nakalista sa form

Mangyaring ipadala ang mga pagbawi sa iyong provider, ahensya, o sa SAPC gamit ang mga tagubilin sa form.

Mga Karagdagang Kahulugan

Awtorisasyon / Pahintulot

Isang nakasulat at nilagdaang dokumento na tumutugon sa lahat ng kinakailangan ng 42 CFR Part 2, kabilang ang:

- Layunin ng pagsisiwalat
- Sino ang maaaring magsiwalat
- Sino ang maaaring tumanggap
- Anong impormasyon ang maaaring ibahagi
- Pag-expire
- Lagda at petsa

Ang bawat form ng SAPC ROI ay idinisenyo upang matugunan ang mga kinakailangang ito para sa partikular na layunin nito

Koordinasyon ng Pangangalaga

Komunikasyon at pakikipagtulungan sa pagitan ng mga provider upang suportahan ang paggamot, mga referral, pamamahala ng kaso, at pagpapatuloy ng pangangalaga ng isang kliyente.

Kliyente

Ang indibidwal na tumatanggap ng mga serbisyo para sa karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na substance (substance use disorder, SUD). Ang kliyente ay ang taong maaaring ibahagi ang kanyang protektadong impormasyon sa kalusugan (protected health information, PHI) kapag lumagda siya ng isang ROI.

Entidad

Anumang organisasyon, ahensya, provider, hukuman, abogado, o indibidwal na awtorisadong tumanggap o magsiwalat ng impormasyon tungkol sa SUD. Mga halimbawa: Mga provider ng SAPC, DHCS, Mga Managed Care Plan, hukuman, probasyon, provider ng pangunahing pangangalaga.

Mga Legal na Paglilitis

Anumang kriminal, sibil, administratibo, o lehislatibong proseso kung saan maaaring hilingin o gamitin ang impormasyon tungkol sa SUD laban sa kliyente. Mga halimbawa: mga pagdinig sa hukuman, probasyon, kaso sa kapakanan ng bata, pagdinig sa pagtukoy ng benepisyo para sa social security.

Legal na Kinatawan

Isang taong legal na awtorisadong gumawa ng mga desisyon para sa kliyente. Mga halimbawa:

- Conservator na itinalaga ng hukuman
- Legal na tagapag-alaga
- Magulang ng isang menor-de-edad Maaari lamang silang lumagda sa ROI kapag mayroon silang dokumentadong legal na awtoridad.

Pamantayan ng Pinakakaunting Kinakailangang Impormasyon

Sa ilalim ng mga kahulugan ng HIPAA, ang pinakakaunting dami ng impormasyong kinakailangan upang matupad ang layunin ng pahintulot ang maaaring ibahagi.

Pagbabayad at mga Operasyon para sa Pangangalagang Pangkalusugan

Mga administratibong aktibidad na kinakailangan para sa pagsingil, pagbabayad, o pamamahala ng mga serbisyo para sa SUD, kabilang ang:

- Pagsingil sa Medi-Cal
- Mga pagsusuri sa pagiging kwalipikado
- Pagsusuri sa paggamit

- Pagpapabuti ng kalidad
- Mga pag-audit at pagsusuri sa pagsunod

Muling pagsisiwalat (Redisclosure)

Anumang pagbabahagi ng impormasyon ng SUD pagkatapos ng paunang pagsisiwalat. Sa ilalim ng 42 CFR Part 2, **pinahihintulutan** ang muling pagsisiwalat, maliban sa mga legal na paglilitis.

Pagbawi ng Pahintulot

May karapatan ang kliyente na bawiin ang kanyang pahintulot anumang oras. Ang pagbawi ng pahintulot ay hindi maaaring magpawalang-bisa sa mga nakaraang pagsisiwalat na nagawa na noong umiiral pa ang pahintulot. Ang pagbawi ay dapat na nakasulat o nakumpleto gamit ang seksyon ng pagbawi ng form ng ROI.

Third-Party na Tagapagbayad

Anumang entidad na responsable sa pagbabayad o pag-reimburse ng mga serbisyo ng SUD maliban sa kliyente mismo. Mga halimbawa: Medi-Cal, DHCS, Mga Managed Care Plan, pribadong seguro.

Provider na Nagbibigay ng Paggamot / Network ng Provider ng SAPC

Anumang programa para sa paggamot ng SUD na may kontrata sa SAPC ng LA County, kabilang ang mga programa para sa outpatient, residensyal, OTP, withdrawal management, at suporta sa paggaling.

Saksi

Isang taong nag-oobserba sa paglagda ng kliyente sa ROI **gamit ang marka** (kapag hindi makalagda ang kliyente). Dapat mag-print at lumagda ang dalawang (2) saksi ng kanilang mga pangalan upang ituring na valid ang marka.