

Impormasyon ng Pasyente			
Apelyido	Pangalan	Gitnang Pangalan	Petsa ng Kapanganakan
Address	Lungsod/Estado/Zip		Numero ng Kaso ng Pasyente
Tao/Organisasyong Nagbibigay ng Impormasyon		Tao/Organisasyong Tumatanggap ng Impormasyon	
Pangalan	Pangalan		
Address	Address		
Lungsod/Estado/Zip	Lungsod/Estado/Zip		
Telepono/Fax	Telepono/Fax		
Kaugnayan sa Pasyente	Kaugnayan sa Pasyente		
<input type="checkbox"/> Puwedeng magpadala at tumanggap ng impormasyon sa pagitan ng dalawang tao/organisasyon sa itaas			

PAHINTULOT PARA SA PAG-RELEASE NG IMPORMASYON NG PASYENTE

Kumpidensyal na Impormasyon ng Pasyente
 Tingnan ang Kodigo ng Kapakanan at Mga Institusyon (Welfare & Institutions, W & I), Seksyon 5328
 Panuntunan sa Privacy ng Batas sa Portability at Accountability ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) Seksyon 164.508 ng Kodigo ng Mga Regulasyon ng Pederal (Code of Federal Regulations, CFR)
 DSH-5671 (Binago noong 12/15)
 Pahina **1** sa **3**

ADDRESSOGRAPH/LABEL

Paglalarawan ng Ire-release na Impormasyon:		
<input type="checkbox"/> Diagnosis <input type="checkbox"/> Psychiatric na Pagsusuri <input type="checkbox"/> Buod ng Pag-discharge <input type="checkbox"/> Psychosocial na Pagtatasa <input type="checkbox"/> Plano ng Paggamot <input type="checkbox"/> Impormasyon sa seclusion/pagpigil <input type="checkbox"/> Pasalitang abiso: ilipat sa labas na medikal na pabilidad	<input type="checkbox"/> Mga resulta ng psychological/vocational na pagsusuri <input type="checkbox"/> Mga medikal/neurological na pagtatasa, pagsusuri sa laboratoryo (EEG, EKG, atbp.) <input type="checkbox"/> Pasalitang paghahayag: kurso ng paggamot/sa ospital <input type="checkbox"/> Iba pa:	<input type="checkbox"/> Iba pang pagsusuri/pagtatasa: <input type="checkbox"/> Legal: <input type="checkbox"/> Mga resulta ng pagsusuri para sa HIV Dapat maglagay ng inisyal ang pasyente _____
<input type="checkbox"/> I-release ang impormasyon mula sa yugto ng panahon na: _____ (petsa) hanggang _____ (petsa) O <input type="checkbox"/> I-release ang alinman sa impormasyon sa itaas, anuman ang petsa		
Layunin ng Pag-release ng Impormasyon		
<input type="checkbox"/> Pagsusuri <input type="checkbox"/> Pagpaplano/Kurso ng Paggamot <input type="checkbox"/> Iba Pa: _____		
<p>Naunawaan ko na:</p> <p>Pinapahintulutan ko ang pag-release (pumapayag akong ibahagi) ang aking personal na impormasyon sa kalusugan. Kapag nagpadala ng impormasyon sa/mula sa isang ospital ng estado, malalaman ng ibang tao/organisasyon na nakatanggap ako ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip.</p> <p>Boluntaryo kong nilagdaan ang Pahintulot na ito (sa sarili kong pagpapasya nang hindi sapilitan), at hindi maaapektuhan ang aking paggamot sakaling hindi ko lagdaan ang pahintulot na ito.</p>		

PAHINTULOT PARA SA PAG-RELEASE NG IMPORMASYON NG PASYENTE

Kumpidensyal na Impormasyon ng Pasyente
 Tingnan ang Kodigo ng Kapakanan at Mga Institusyon (Welfare & Institutions, W & I), Seksyon 5328
 Panuntunan sa Privacy ng Batas sa Portability at Accountability ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) Seksyon 164.508 ng Kodigo ng Mga Regulasyon ng Pederal (Code of Federal Regulations, CFR)
 DSH-5671 (Binago noong 12/15)
 Pahina 2 sa 3

ADDRESSOGRAPH/LABEL

Ang ire-release na impormasyon ay puwedeng ibahagi ulit sa ibang tao kung ito ay pinapayagan o iniaatas ng batas.

Puwedeng maningil ng mga makatuwirang bayarin sa taong humihiling ng impormasyon para masagot ang gastusin sa pagkopya at pagpapadala.

May karapatan akong makatanggap ng kopya ng Pahintulot na ito.

Bago i-release ang anumang impormasyon, may karapatan akong bawiin ang Pahintulot na ito (baguhin ang isip ko at hindi payagan ang pag-release ng impormasyon). Para mabawi ito, magpapadala ako ng nakasulat na kahilingan sa Departamento sa Pamamahala ng Impormasyon sa Kalusugan (Health Information Management Department, HIMD) sa aking pasilidad o sa isang miyembro ng aking team ng paggamot. Sa oras na matanggap ng HIMD/team ng paggamot ang kahilingan, hindi na sila magre-release ng anumang karagdagang impormasyon.

Kung hindi babawiin, mag-e-expire ang Pahintulot na ito pagkalipas ng:

6 na buwan Isang taon Iba pang petsa: _____ Event: _____

Lagda ng Pasyente	<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Magulang/Tagapangalaga <input type="checkbox"/> Conservator	Petsa
Naka-print na Pangalan		
Lagda ng Saksi/Propesyonal		Petsa
Naka-print na Pangalan		

**PAHINTULOT PARA SA PAG-RELEASE NG
 IMPORMASYON NG PASYENTE**

Kumpidensyal na Impormasyon ng Pasyente
 Tingnan ang Kodigo ng Kapakanan at Mga Institusyon
 (Welfare & Institutions, W & I), Seksyon 5328
 Panuntunan sa Privacy ng Batas sa Portability at Accountability
 ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Portability and
 Accountability Act, HIPAA) Seksyon 164.508 ng Kodigo ng Mga
 Regulasyon ng Pederal (Code of Federal Regulations, CFR)
 DSH-5671 (Binago noong 12/15)
 Pahina **3** sa **3**

ADDRESSOGRAPH/LABEL