



Ibalik Sa – Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
Toll-free FAX: 844-657-7272

Para sa Mga Tanong - *Medi-Cal*: 888-839-9909
L.A. Care Covered: 855-270-2327
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298

FORM NG PAHINTULOT PARA SA PAGGAMIT AT PAGBUBUNYAG NG PROTEKTADONG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN

Binibigyang-daan ng Bahagi I ng form na ito ang L.A. Care na gamitin o ibahagi ang inyong Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (Protected Health Information, “PHI”) sa ibang tao. Binibigyang-daan ng Bahagi II ng form na ito na pangalanan ninyo ang isang tao na kumilos sa inyong ngalan. Pakisagutan ang form na ito at ipadala sa address sa itaas.

BAHAGI I

SEKSYON A: IMPORMASYON NG MIYEMBRO

Pangalan ng Miyembro:		
Address ng Miyembro:		
Lungsod:	Estado:	Zip Code:
Petsa ng Kapanganakan:		
ID# ng Miyembro:		
Telepono:		

SEKSYON B: PAHINTULOT SA PAGGAMIT/PAGLABAS NG PHI

Sa pamamagitan ng pagsagot sa Seksyon B, binibigyan ko ng pahintulot ang L.A. Care at ang mga affiliate nito na gamitin o ibahagi ang aking PHI sa tao o ahensiya sa ibaba. Batid kong magsisimula ang pahintulotna ito kapag nilagdaan at ibinalik ko ang form na ito.

Pangalan:

Pangalan ng Ahensiya (kung naaangkop):

Address:

Lungsod/Estado/Zip:

Petsa ng Kapanganakan:

Telepono:

SEKSYON C: URI NG IMPORMASYON

Sa pamamagitan ng pagsagot sa Seksyon C, sinasabi ko sa L.A. Care at sa mga affiliate nito kung anong mga uri ng PHI ang maaari nilang gamitin o ibahagi sa pangalan/ahensiyang nakalista sa Seksyon B. (*Lagyan ng check ang labat ng naaangkop.*)

Impormasyong Medikal (*hal., Mga Kahilingan sa Pagpapahintulot, Talaan ng Pangangasiwa sa Pangangalaga, atbp.*)

Impormasyon ng Mga Paghahabol (*hal., Mga Talaan ng Pharmacy, Ospital, o Pagbahabol ng Provider, atbp.*)

Impormasyong Pampinansyal (*hal., Impormasyon sa Pagbabayad ng Premium, atbp.*)

Impormasyon sa Pagpapatala (*hal., Form ng Pagpapatala, Mga Petsa ng Pagpapatala, atbp.*)

Mga Resulta ng Pagsusuri sa HIV

Impormasyon ng Paggamot para sa Kalusugan ng Pag-iisip

Impormasyon ng Paggamot para sa Pagkalulong sa Alak/Droga

Iba pa (pakitukoy):

SEKSYON D: LAYUNIN

Pakilarawan ang layunin o dahilan para sa pagbabahagi o paggamit ng PHI.

Legal

Insurance

Personal na Paggamit

Iba pa (pakitukoy):



Ibalik Sa – Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
Toll-free FAX: 844-657-7272
Para sa Mga Tanong - *Medi-Cal*: 888-839-9909
L.A. Care Covered: 855-270-2327
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298

SEKSYON E: PETA SA NG PAG-EXPIRE

Sa pamamagitan ng pagsagot sa Seksyon E, ipinapaalam ko sa L.A. Care kung kailan hindi na maaaring gamitin o ibahagi sa iba ang aming PHI. (*Mag-check ng isa*).

- Pagkatapos ng isang taon mula sa petsa ngayong araw.
- Pagkatapos kong umalis sa pagkakatala o kapag hindi na ako sinasaklaw ng L.A. Care
- Simula sa petsang ito (buwan, araw, at taon):

SEKSYON F: KARAPATANG BAWIIN

Maaari ninyong ihinto ang pahintulot na ito anumang oras. Upang gawin ito, magpadala ng liham sa:

Member Services

L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
Toll-free Fax: 1-844-657-7272

Hindi na mababago ng pagpapadala ng liham upang ihinto ang pagpapahintulot na ito kung paano ginamit o ibinahagi ng L.A. ang inyong PHI bago matanggap ang liham ninyo.

SEKSYON G: MGA PAGHIHIGPIT

Maaaring ipakita sa iba ng taong kumukuha ng PHI mula sa L.A. Care. Sa sitwasyong ito, maaaring hindi na mapoprotektahan ng Mga Tuntunin sa Privacy ng HIPAA ang inyong PHI.

SEKSYON H: MGA KARAPATAN NG MIYEMBRO

May karapatan kayong tingnan o kumuha ng kopya ng inyong PHI na ginagamit o ibinabahagi sa pamamagitan ng pahintulot na ito. Maaari ninyong ihinto ang pahintulot na ito anumang oras. (*Tingnan ang Seksyon F*).

Hindi ninyo kailangang sagutan ang form na ito. Hindi makakaapekto ang hindi pagsagot sa form na ito sa kakayahan ninyong magpagtala sa L.A. Care, kumuha ng mga benepisy, o tumanggap ng bayad mula sa inyong mga paghahabol.

May karapatan kayong kumuha ng kopya ng pahintulot na ito.

SEKSYON I: LAGDA

Sa pamamagitan ng paglagda sa Seksyon I, binibigyan ko ng pahintulot ang L.A. Care na ibahagi ang PHI na naka-check sa Seksyon C sa may tao/ahensya sa Seksyon B. Nabasa ko ang form at alam ko ang ibig sabihin nito.

Petsa Ngayong Araw:

Lagda ng miyembro o personal na kinatawan:

Kung kinatawan, ilagay ang kaugnayan:

HUMINTO

Kung ang gusto lang ninyo ay ibahagi ng L.A. Care ang PHI sa pangalan/ahensya sa Seksyon B, lagdaan ang Seksyon I at ibalik ang form na ito sa Privacy Officer ng L.A. Care sa address na nakalista sa kanang sulok sa itaas.

Kung gusto ring ninyong bigyang-daan ang isang tao na kumilos sa ngalan ninyo (gaya ng pagpapalit sa inyong doktor o pagtulong sa isang reklamo), magpatuloy sa susunod na pahina.



Ibalik Sa – Member Services
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
Toll-free FAX: 844-657-7272
Para sa Mga Tanong - *Medi-Cal*: 888-839-9909
L.A. Care Covered: 855-270-2327
PASC-SEIU Plan: 844-854-7272
Cal MediConnect: 888-522-1298

BAHAGI II

Binibigyang-daan kayo ng Bahagi II na pangalanan ang isang tao, gaya ng miyembro ng pamilya, na kumilos sa inyong ngalan, kahit na kaya ninyong kumilos nang mag-isa. Kung ayaw ninyong may isang taong kumilos sa inyong ngalan, ngunit sang-ayon kayong ibahagi namin sa kanila ang PHI, kumpletuhin lang ang Bahagi I at ipadala ito sa address na nakalista sa kanang sulok sa itaas.

SEKSYON J: PAHINTULOT NA KUMILOS SA AKING NGALAN

Sa pamamagitan ng pagsagot sa Seksyon J, binibigyan ko ng pahintulot ang (mga) taong ito na kumilos sa aking ngalan para sa mga bagay na nakalista sa Seksyon K. Batid kong magsisimula ang pagtatalagang ito kapag nilagdaan at ibinalik ko form na ito.

Pangalan:

Pangalan ng Ahensiya (kung naaangkop):

Address:

Lungsod/Estado/Zip:

Petsa ng Kapanganakan:

Telepono:

Pangalan:

Pangalan ng Ahensiya (kung naaangkop):

Address:

Lungsod/Estado/Zip:

Petsa ng Kapanganakan:

Telepono:

SEKSYON K: MGA ITINALAGANG TUNGKULIN

Sa pamamagitan ng pagsagot sa Seksyon K, binibigyan ko ng pahintulot ang (mga) tao sa Seksyon J na kumilos sa aking ngalan upang gumawa ng mga pagbabago sa: *(Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop).*

- Impormasyong Medikal *(hal., tulong sa mga kabilingan sa pagpapahintulot, pangangasiwa sa pangangalaga, atbp.)*
- Impormasyon sa mga Paghahabol *(hal., tulong sa mga isyu sa paghahabol, atbp.)*
- Impormasyong Pampinansyal *(hal., baguhin ang aking impormasyon sa pagbabayad ng premium, atbp.)*
- Impormasyon sa Pagpapatala *(hal., palitan ang aking medical provider, grupong medikal, o planong pangkalusugan, atbp.)*
- Iba pa (pakitukoy):

SEKSYON L: PETA NG PAG-EXPIRE NG PAGTATALAGA

Sa pamamagitan ng pagsagot sa Seksyon L, ipinapaalam ko sa L.A. Care kung kailan hindi na maaaring kumilos sa aking ngalan ang (mga) tao sa Seksyon J. *(Mag-check ng isa).*

- Hindi na maaaring kumilos sa aking ngalan ang tao sa Seksyon J pagkatapos ng isang taon mula sa petsa ngayong araw
- Hindi na maaaring kumilos sa aking ngalan ang tao sa Seksyon J pagkatapos kong umalis sa pagkakatala o kapag hindi na ako sinasaklaw ng L.A. Care
- Hindi na maaaring kumilos sa aking ngalan ang (mga) tao sa Seksyon J simula sa petsang ito (buwan, araw, at taon):

SEKSYON M: MGA PAGHIHIGPIT

Binibigyang-daan ng pagsagot sa Bahagi I ng form na ito ang L.A. Care na ibahagi ang inyong PHI. Binibigyang-daan ng pagsagot sa Bahagi II ng form na ito na kumilos sa inyong ngalan ang (mga) taong pinangalanan sa Seksyon J. Maaaring hindi na hilingin ng L.A. Care ang inyong pagsang-ayon bago bigyang-daan na kumilos sa ngalan ninyo ang (mga) taong pinangalanan sa Seksyon J.

SEKSYON N: KARAPATANG BAWIIN

Maaari ninyong ihinto ang pagbibigay-daan sa (mga) tao sa Seksyon J na kumilos sa inyong ngalan anumang oras. Upang gawin ito, magpadala ng liham sa:

Member Services

L.A. Care Health Plan
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
Toll-free Fax: 1-844-657-7272

SEKSYON O: LAGDA

Sa pamamagitan ng paglagda sa Seksyon O, binibigyang-daan ko ang (mga) taong pinangalanan sa Seksyon J na kumilos sa aking ngalan para sa mga tungkuling nakalista sa Seksyon K.

Petsa Ngayong Araw:

Lagda ng miyembro o personal na kinatawan:

Kung kinatawan, ilagay ang kaugnayan: