



## Awtorisasyon para sa Pagbabahagi ng Impormasyon para sa Alameda County

Awtorisasyon para sa Pagbabahagi ng Iyong Pinoprotektahang Impormasyong Pangkalusugan at Personal

Pangalan ng Kliyente: \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_

Numero sa Pagkakakilanlan ng Kliyente (Client Index Number, CIN) ng Medi-Cal (Kung alam): \_\_\_\_\_

**Hinihingi ng County ng Alameda (ang “County”) ang iyong awtorisasyon para payagan ang pagbabahagi ng iyong pinoprotektahang impormasyong pangkalusugan at iba pang personal na impormasyon (“impormasyon”).** Kung papayag ka, ibabahagi ang iyong impormasyon sa (papunta at mula sa) County at sa mga sumusunod na uri ng mga organisasyon para tulungang pangasiwaan ang iyong pangangalaga, mga mapagkukunan at mga serbisyo sa tao.

- Mga provider para sa kalusugang pisikal at pangkaisipan
- Mga plan sa kalusugan
- Mga provider ng mga Serbisyo sa Kalusugan kapag nasa Bilangguan
- Mga provider sa pagtugon sa krisis
- Ahensiya ng Mga Serbisyong Panlipunan
- Suporta sa pabahay
- Mga serbisyo sa komunidad, halimbawa, mga foodbank, mga pampublikong aklatan, mga serbisyo ng abogado

Ang iyong impormasyon mula sa mga uri ng mga organisasyon na nasa itaas ay ibabahagi rin sa mga provider para sa Sakit sa Paggamit ng Droga o Pag-inom ng Alak (Substance Use Disorder, SUD). Maaari lang ito tanggapin ng mga provider ng SUD upang tumulong sa pangangasiwa ng iyong pangangalaga, mga mapagkukunan at ng mga serbisyo sa tao. Tandaan: Hindi pinapayagan ng awtorisasyong ito ang mga Provider ng SUD na ibahagi ang iyong impormasyon na nasa SUD.

**Ang pagbabahagi ng impormasyon ay mas pinadadaling makita kung nararapat ka para sa mga mapagkukunan.** Pinahihintulutan ka nitong makatanggap ng mga serbisyo at makibahagi sa mga programang pinatatakbo ng County at ng iba pang organisasyon sa Alameda County para mapaganda ang iyong kalusugan (“mga serbisyo” at “mga programa”). Kasama rito ang mga programa at serbisyo na tulad ng Alameda County Care Connect (Care Connect), Healthcare for the Homeless, at Everyone Home.

**Nasa sa iyo ang pagpirma ng Form ng Awtorisasyon (“Form”) na ito.** Anuman ang iyong pipiliin, hindi nito babaguhin ang iyong kakayahang tumanggap ng mga medikal na serbisyo, paggamot o mga pampublikong serbisyo sa tao.

**Sa pagpirma ng Form na ito,** binibigyan mo ng pahintulot na ibahagi ang iyong impormasyon sa (papunta at mula sa) County at sa mga uri ng mga organisasyong ipinapakita sa itaas. Gagamitin ito para malaman kung nararapat ka para sa iba pang mga

mapagkukunan, tutulungan kang iugnay sa mga ito, at tutulungang makipagtulungan sa kanila para mapaglingkuran ka nang mas mabuti.

**Kung hindi mo pipirmahan ang Form** na ito, maaari ka pa ring tumanggap ng mga medikal na serbisyo, paggamot o mga pampublikong serbisyo sa tao. Ang hindi pagpirma ay maaaring pigilan kang ganap na makibahagi sa ilang programa sa County para sa pag-aayos ng iyong pangangalaga.

---

**Paano ako makikinabang sa pagbabahagi?**

Kung papayagan mong ibahagi ang iyong impormasyon, ang mga naglilingkod sa iyo ay magagawang:

- Matukoy at maikonekta ka sa mga programa, serbisyo o mga mapagkukunan na maaaring makabuti sa iyong kalusugan at kapakanan.
- Mapangasiwaan nang mas mabuti ang iyong pangangalaga.
- Pagandahin ang kalidad ng mga serbisyo.
- Magsagawa ng iba pang gawain ng programa sa County.

**Paano ito ibabahagi?**

Ibahahagi ang iyong impormasyon sa mga elektronikong format gamit ang record ng kalusugan ng komunidad. Isa itong uri ng programa sa computer na nagpapahintulot sa mga organisasyon na magbahagi ng impormasyon para mapaganda ang kalusugan ng mga tao. Ibahahagi rin ang iyong impormasyon sa berbal at nakasulat na mga format.

**Sino ang magbabahagi ng aking impormasyon?**

Ibahahagi ang iyong impormasyon sa (papunta at mula sa) County at sa mga uri ng mga organisasyon na ipinapakita sa itaas. Ang iyong impormasyon mula sa mga uri ng mga organisasyon na nasa itaas ay ibabahagi rin sa mga provider ng SUD. Maaaring kasama sa mga organisasyon ang mga tao sa referral ng County o mga matatawagang linya para sa payo. Maaaring kasama rin dito ang mga organisasyong kabilang sa iyong pangangalaga ngayon, sa nakaraan at sa hinaharap. Magpi-print ng listahan ng mga kasalukuyang organisasyon para sa iyo. Maaari rin itong mapuntahan sa [www.accareconnect.org/organizations](http://www.accareconnect.org/organizations).

Ang tao o organisasyong pinagbahagian ng iyong impormasyon ay maaari ring gamitin o isiwalat ang iyong impormasyon nang hindi sumasailalim sa batas ng privacy.

**Maaari ko bang malaman kung kanino ibinabahagi ang aking impormasyon?**

May karapatan kang humiling ng listahan ng mga organisasyon na naka-access ng iyong impormasyon gamit ang Form na ito. Para gawin ang nasabing paghiling, tawagan ang Help Desk ng Alameda County para sa Pakikipagpalitan ng Impormasyon tungkol sa Kakayahang Makisalamuha (“Help Desk”) sa (510) 618-1997.

## **Ano ang ibabahagi?**

Ang mga impormasyong ibabahagi ay tungkol sa mga programa at serbisyo na natanggap mo noong nakaraan, natatanggap mo ngayon at matatanggap mo sa hinaharap. Kasama sa data na ito ang tungkol sa:

- Mga kundisyon ng pisikal at pangkaisipan na kalusugan.
- Mga pangangailangan sa pabahay, tao o abugado.

Ang impormasyon tungkol sa Sakit sa Paggamit ng Droga o Pag-inom ng Alak (SUD) na pinoprotektahan ng 42 ng Kodigo ng Mga Pederal na batas Bahagi 2 (42 C.F.R. Part 2) ay hindi kasama bilang bahagi ng awtorisasyong ito.

Ang ibabahaging mga impormasyon ay maaaring may kasamang mga detalye na tulad ng:

- Iyong pangalan, address, petsa ng kapanganakan, atbp.
- Ang status ng iyong medikal o pangkaisipan na kalusugan, at mga paggamot.
- Iyong mga pangangailangan sa pabahay, pagkain, transportasyon, trabaho, kita at kapansanan.
- Ang suportang nakukuha mo sa pamamagitan ng Ahensiya ng Mga Serbisyon Panlipunan ng County tulad ng Medi-Cal, CalFresh, Pangkalahatang Tulong, CALWORKs, Supplemental Security Income.

## **Ano ang ibabahagi pa rin kung hindi ako pipirma?**

Pinapayagan na ng mga batas ng Estado at Pederal ang ilang pagbabahagi ng impormasyon. Halimbawa, maaaring ibahagi ng mga organisasyon ng pangangalagang pangkalusugan ang impormasyon ng iyong kalusugan para gamutin ka, makakuha ng bayad, at patakbuhan ang kanilang mga programa. Ang pagpirma ng Form na ito ay hindi binabago ang maaaring ibahagi sa ilalim ng mga batas na ito.

## **Maaari ko bang limitahan ang maaaring ibahagi?**

Maaari mong limitahan ang pagbabahagi ng paggamot ng kalusugang pangkaisipan at impormasyong tungkol sa mga resulta ng pagsusuri para sa Virus na Nakakapagpahina ng Resistensya (Human Immunodeficiency Virus, HIV) sa seksyon ng espesyal na pahintulot.

## **Kung pipirma ako, maaari bang magbago ang isip ko tungkol dito?**

May karapatan kang magbago ng isip tungkol sa pagbabahagi at pagbawi ng awtorisasyong ito anumang oras. May bisa ang Form na ito hanggang sa petsa na kanselahin o baguhin mo ito sa sulat.

- Para kanselahin o gumawa ng pagbabago, makipag-usap sa iyong Miyembro ng Team sa Pangangalaga. Maaari mong kumpletuhin ang bagong Form para ipakita ang (mga) pagbabago. Magkakabisa ang

anumang pagbabago simula sa petsa nang pirmahan ang bagong Form.

- Anumang data o impormasyon na ibabahagi bago ang panahong iyon ay hindi maaaring bawiin.

**Kinakailangang Seksyon** Kailangan namin ang iyong espesyal na pahintulot upang magbahagi ng impormasyon tungkol sa paggamot sa kalusugan ng isip at mga resulta ng pagsusuri sa HIV.

Kung magbibigay ka ng pahintulot, ang impormasyon sa iyong paggamot sa kalusugan ng isip at resulta ng pagsusuri sa HIV ay ibabahagi sa (papunta sa at mula sa) County at mga uri ng organisasyong nakalista sa itaas upang makatulong na iugnay ang iyong pangangalaga, resource, at mga serbisyo sa tao. Kahit na hindi nalalapat ang mga ito sa iyo ngayon, ang pagbibigay ng pahintulot ay maaaring makatulong na matiyak na maibabahagi ang iyong impormasyon sa hinaharap kung kinakailangan.

**Paggamot sa kalusugan ng isip**

Nagbibigay ako ng pahintulot na ibahagi ang impormasyon tungkol sa aking paggamot sa kalusugan ng isip noon, sa kasalukuyan, at sa hinaharap. (Hindi ibabahagi ang mga tala ng psychotherapy.)

Oo  Hindi

**Mga resulta ng pagsusuri sa HIV**

Nagbibigay ako ng pahintulot na ibahagi ang impormasyon tungkol sa aking mga resulta ng pagsusuri sa HIV noon, sa kasalukuyan, at sa hinaharap.

Oo  Hindi

**Mayroon akong karapatang:**

- Tumangging pirmahan ang Form na ito.
- Tumanggap ng kopya ng Form na ito.

**Sa pamamagitan ng pagpirma sa Form na ito, sumasang-ayon ako na:**

- Nabasa ko ang Form na ito o binasa ito sa akin ng isang Kinatawan ng County ng Alameda o Miyembro ng Team sa Pangangalaga.
- Nauunawaan ko ito.
- Pinahihintulutan kong ibahagi ang aking impormasyon ayon sa inilarawan sa itaas.
- Mananatiling may bisa ang pahintulot na ito sa loob ng 1 taon, o hanggang sa baguhin o bawiin ko ang aking pahintulot sa pamamagitan ng sulat. Maaari ko itong gawin sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa aking Miyembro ng Team sa Pangangalaga

Lagda ng Kliyente

Petsa

Kung lalagdaan ng isang tao maliban sa kliyente, mangyaring isulat ang kaugnayan ng taong iyon sa kliyente:

Kaugnayan sa Kliyente

Pangalan ng Personal na Kinatawan



Alameda County  
Health Care Services Agency

## **Pagbawi ng Pahintulot para sa Pagbabahagi ng Impormasyon**

---

Pangalan ng Kliyente: \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_

Numero ng Pagkakakilanlan ng Kliyente (Client Index Number, CIN) sa  
Medi-Cal (Kung alam): \_\_\_\_\_

Hinihiling kong bawiin ang aking pahintulot. (Pakipadala sa iyong miyembro ng Team  
sa Pangangalaga)

**Pirma ng Kliyente o ng Legal na Kinatawan ng Kliyente:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*Buwan / Araw / Petsa*

Kung pipirmahan ng Legal na Kinatawan ng Kliyente, isaad ang kaugnayan at awtoridad  
upang gawin iyon:

\_\_\_\_\_