

PAGTATALAGA NG AWTORISADONG KINATAWAN

Mahalagang Impormasyon

May karapatan kayong pahintulutan (bigyan) ang isang kaibigan, kapamilya, o iba pang taong papangalanan ninyo ng access sa partikular na medikal na impormasyon tungkol sa inyo. Upang gawin ito, kumpletuhin ang form na ito at ipadala ito sa:

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Member Services – Northern Region
 3688 Avtech Pkwy
 Redding, CA 96002
 Fax: (530) 223-2508

O

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Member Services – Southern Region
 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:

Impormasyon ng Awtorisadong Kinatawan

Pangalan:

Apelyido:

Address:

Numero ng ()
 Telepono:

Petsa ng
 Kapanganakan:

Access sa Protektadong Impormasyon sa Kalusugan

Mangyaring i-tsek ang kahon sa tabi ng bawat uri ng impormasyon na gusto ninyong makuha ng inyong Awtorisadong Kinatawan.

Katayuan ng Pagka-kwalipikado at Tagapagbigay ng Pangunahing Pangangalaga

Gumawa ng mga Pagbabago sa Address at Numero ng Telepono

Mag-order ng ID Card

Gumawa ng mga Pagbabago sa Tagapagbigay ng Pangunahing Pangangalaga

Hindi Sensitibong Impormasyon sa Kalusugan

Iba pa:

Access sa Sensitibong Impormasyon sa Kalusugan (Kailangang lumagda ang mga miyembro sa ibaba ng mga checkbox)

Mangyaring lagyan ng tsek ang kahon sa tabi ng bawat uri ng impormasyon na gusto ninyong makuha ng inyong Awtorisadong Kinatawan.

Paggamot ng Kalusugan ng Pag-iisip/Pag-uugali

Paggamot ng Karamdamang Naikakalat sa Pagtatalik

Paggamot ng Karamdamang Paggamit ng Substansya

Mga Resulta ng Pagsusuri ng Genes

Lagda ng Miyembro: _____

Pagkawala ng Bisa ng Awtorisasyon

Mawawalan ng bisa (magtatapos) ang Awtorisasyong ito sa loob ng eksaktong isang taon maliban kung pipili kayo ng ibang petsa sa ibaba.

Mawawalan ng bisa ang Awtorisasyong ito sa petsang ito:

Mga Serbisyong Maaaring Pahintulutan ng Pahintulot ng Bata (12 taon o mas matanda) (Kailangang lumagda ang miyembro sa ibaba ng mga check box)

Mangyaring lagyan ng tsek ang kahon sa tabi ng bawat uri ng impormasyon na gusto ninyong makuha ng inyong Awtorisadong Kinatawan.

Paggamot o Pagpapayo kaugnay ng Kalusugan ng Pag-iisip

Paggamot sa Pagbubuntis

Paggamot sa Biktima ng Pananalakay

Paggamot para sa Droga o Alak

Paggamot para sa o Pagpigil sa mga Nakakahawang Karamdamang Naikakalat sa Pagtatalik

Paggamot sa Biktima ng Panggagahasa

Lagda ng Batang Miyembro (12 taon o mas matanda): _____

Lagda ng Miyembro

Naiintindihan ko na ang Partnership HealthPlan of California at iba pang mga organisasyon at indibidwal tulad ng mga doktor, ospital, at planong pangkalusugan ay inaatasan ng batas na panatilihing kumpidensiyal (pribado) ang aking impormasyon sa kalusugan. Sa ilalim ng batas ng California, pinagbabawalan ang tumatanggap ng aking medikal na impormasyon na muling isiwalat (ibahagi) ang impormasyon, maliban kung may nakasulat na awtorisasyon o kung partikular na hinihingi o pinahihintulutan ng batas.

Naiintindihan ko rin na kung ibibigay ko ang aking pahintulot na ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan sa isang tao na hindi inaatasan ng batas na panatilihin itong kumpidensiyal, maaaring hindi na ito protektado ng mga pederal na batas sa pagkapribado.

INYONG MGA KARAPATAN

Ang Awtorisasyong ito na ilabas ang impormasyon sa kalusugan ay boluntaryo (hindi kinakailangan).

Ang paggamot, pagbabayad, pagpapatala o pagka-kwalipikado para sa mga benepisyo ay hindi maaaring nakabase sa paglagda sa Awtorisasyong ito maliban sa mga sumusunod na kaso:

- (1) Upang magsagawa ng paggamot na nauugnay sa pananaliksik
- (2) Upang kumuha ng impormasyon kaugnay sa pagka-kwalipikado o pagpapatala sa isang planong pangkalusugan
- (3) Upang ipasiya ang obligasyon ng isang entidad na bayaran ang isang claim
- (4) Upang lumikha ng impormasyon sa kalusugan na ibibigay sa isang ikatlong partido

Ang Awtorisasyong ito ay maaaring bawiin at ipawalang-bisa sa anumang oras. Maaari ninyong bawiin ang Awtorisasyong ito sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (800) 863-4155 o pagpapadala ng sulat o fax sa:

Partnership HealthPlan of California (PHC)
c/o Member Services Department
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (707) 863-4415

Ang pagpapawalang-bisa ay magkakaroon ng epekto kapag natanggap ito ng PHC. Gayunpaman, ang inyong pagbawi/pagpapawalang-bisa ay hindi makakaapekto sa mga karapatan ng sinumang kumikilos batay sa pahintulot na ito bago ang paunawa tungkol sa pagbawi/pagpapawalang-bisa. May karapatan kayong tumanggap ng kopya ng Awtorisasyong ito.

Lagda

Petsa

Iprint ang Pangalan

Kaugnayan sa Miyembro