

## Pagpapalitan ng Impormasyon sa Kalusugan (HIE) Form para sa Hindi Pagsali/Pagsali ng Miyembro

Itinatago ng Partnership HealthPlan of California (PHC) ang inyong Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI) sa elektronikong paraan. Maaaring ibahagi ng inyong mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan sa iba ang inyong mahahalagang impormasyon sa kalusugan upang pabilisin, pagandahin ang kalidad, pahusayin ang kaligtasan at gawing mas mura ang inyong pangangalaga. Tinatawag ng PHC ang paraang ito ng pagbabahagi ng inyong mga rekord bilang Pagpapalitan ng Impormasyon sa Kalusugan (Health Information Exchange o HIE).

Ang inyong PHI ay ang inyong medikal na impormasyon, tulad ng mga talang medikal, resulta ng pagsusuri sa laboratoryo, mga X-ray, reseta, at impormasyon tungkol sa pagbabayad. **Kung hindi ninyo gustong ibahagi ang inyong PHI, kailangan ninyong kumpletuhin ang Form para sa Hindi Pagsali/Pagsali ng Miyembro sa HIE para sa PHI.** Pagkatapos ay pirmahan at ipadala ang form sa amin sa pamamagitan ng koreo, fax, o kayo mismo ang magdala.

**Kung hindi kayo pipirma ng form para sa hindi pagsali para maibahagi ang inyong PHI, ibig sabihin sumasang-ayon kayong payagan ang PHC na ibahagi ang inyong impormasyon sa iba.** Maaari ninyong piliin ang hindi pagsali sa anumang oras sa ibang araw at walang bagong datos ang ibabahagi ng PHC. Gayunpaman, ang datos na naibahagi na ay hindi na mababawi.

Ang isa pang uri ng PHI ay **Kompidensiyal** na Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI) tulad ng pangalan ng nasuring sakit sa kalusugan ng pag-iisip at ang paggamot dito; nasuring sakit na sobrang paggamit ng droga o alak at ang paggamot dito; mga sakit na naikakalat sa pakikipagtalik; pagkontrol sa pagbubuntis; mga resulta ng pagsusuri kaugnay sa genes; at mga resulta ng pagsusuri para sa HIV. **HINDI** namin ibabahagi ang inyong kompidensiyal na PHI nang wala kayong nakasulat na pahintulot. **Kung gusto ninyong ibahagi ang inyong kompidensiyal na PHI, kailangan ninyong sagutan ang isang Form para sa Hindi Pagsali/Pagsali ng Miyembro sa HIE para sa Kompidensiyal na PHI.** Pagkatapos ay pirmahan at ipadala ito sa amin sa pamamagitan ng koreo, fax, o kayo mismo ang magdala.

**Hindi kayo pagkakaitan ng paggamot kung magbabago ang desisyon ninyo tungkol sa pagbabahagi sa inyong PHI. Hindi maaapektuhan ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal.**

Kung kailangan ninyo ng tulong para basahin o intindihin ang sulat na ito o kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan kami sa **(800) 863-4155**. Matatawagan ninyo kami para humingi ng tulong Lunes – Biyernes, 8 a.m. – 5 p.m. Mga gumagamit ng TTY: Tawagan ang California Relay Service sa **(800) 735-2929** o tumawag sa **711**. Huwag kalilimutang bisitahin ang aming website sa [www.partnershiphp.org](http://www.partnershiphp.org).

## Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI)

(ibig sabihin, mga medikal na tala ng doktor, mga resulta ng pagsusuri sa laboratoryo, mga X-ray, reseta, at impormasyon tungkol sa pagbabayad)

- **Hinihingi ko ang HINDI PAGSALI sa pagbabahagi ng aking Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI) sa mga Pagpapalitan ng Impormasyon sa Kalusugan (mga HIE) kung saan kasali ang PHC.**
- **Sumasang-ayon ako sa PAGSALI para ibahagi ang aking Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI) sa PHC. Naiintindihan ko na ang aking nakalipas at kasalukuyang impormasyon sa kalusugan ay makikita na ngayon ng lahat ng tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, mga network ng HIE, at ng PHC. Naiintindihan ko rin na maaari na ngayong ibigay ng PHC sa iba ang aking PHI sa lahat ng mga Pagpapalitan ng Impormasyon sa Kalusugan (mga HIE) kung saan sila kasali.**

## Kompidensiyal na Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI)

(ibig sabihin, ang pangalan ng nasuring sakit sa kalusugan ng pag-iisip at ang paggamot dito; nasuring sakit na sobrang paggamit ng droga o alak at ang paggamot dito; mga sakit na naikakalat sa pakikipagtalik; pagkontrol sa pagbubuntis; mga resulta ng pagsusuri kaugnay sa genes; at mga resulta ng pagsusuri para sa HIV.)

- **Sumasang-ayon ako sa PAGSALI para maibahagi sa iba ang aking Kompidensiyal na Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI) sa PHC. Naiintindihan ko na ang aking nakalipas at kasalukuyang impormasyon sa kalusugan ay makikita na ngayon ng lahat ng tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, mga network ng HIE, at ng PHC. Naiintindihan ko rin na maaari na ngayong ibigay ng PHC sa iba ang aking Kompidensiyal na PHI sa lahat ng mga Pagpapalitan ng Impormasyon sa Kalusugan (mga HIE) na sinasalihan nila.**
- **Hinihingi ko ang HINDI PAGSALI sa pagbabahagi ng aking Kompidensiyal na Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI) sa Mga Pagpapalitan ng Impormasyon sa Kalusugan (mga HIE) kung saan kasali ang PHC.**

<b>Pangalan ng Miyembro:</b>	<b>Petsa ng Kapanganakan:</b>
<b>O Pangalan ng Personal na Kinatawan:</b>	
<b>Ang hawak mong legal na karapatan para kumilos sa ngalan ng miyembro</b>	
<input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Power of Attorney <input type="checkbox"/> Executor/Conservator <input type="checkbox"/> Iba pa	
<b>Pirma:</b>	
<b>Member ID:</b>	
<b>Petsa:</b>	

**Ihulog sa koreo ang nakumpletong form sa:**  
Partnership HealthPlan of California  
c/o Member Services Department  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534

**O i-fax ang nakumpletong form sa:**  
Fax: (707) 863-4415