



ENHANCED CARE MANAGEMENT SERVICES (ECM)
AWTORISASYON PARA SA PAGGAMIT, PAGPALITAN AT/O
PAGSISIWALAT NG AKING KUMPIDENSIAL NA KALUSUGAN
PANGANGALAGA AT PERSONAL NA IMPORMASYON

LAYUNIN

Nagsama-sama ang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, mga tagapagbayad para sa kalusugan at mga ahensyang pang-social service para magbigay ng mga serbisyo sa ilalim ng **Benepisyong ECM** para tulungan kang kumuha ng mga serbisyong maaaring kailangan mo para maitaguyod mo ang iyong kalusugan at kagalingan. Para payagan ang Partnership HealthPlan of California (PHC), at/o iba pang mga kasaling entidad na ibahagi ang iyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang personal na impormasyon sa isa't isa, dapat mo munang ibigay ang iyong awtorisasyon (pahintulot). Sa pamamagitan ng pagkumpleto ng form na ito, binibigyan mo ang mga kasaling entidad sa (ECM) ng awtorisasyon na gamitin at isiwalat (ilabas) ang impormasyon ng iyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang personal na impormasyon. Gagamitin at ibabahagi lamang ng mga kasaling entidad ang impormasyong kailangan para matamo ang inaasahang layunin o referral. Ang impormasyon ay posibleng ibahagi sa isang secure na elektronikong format, sa sulat, o berbal sa panahon ng mga pagpupulong para maikoordina sa iyo ang mga serbisyo. Pakikumpleto ang form na ito at ipadala sa:

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Care Coordination – Northern Region
 3688 Avtech Pkwy
 Redding, CA 96002
 Fax: (530) 351-9040

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Care Coordination – Southern Region
 4665 Business Center Drive
 Fairfield, CA 94534
 Fax: (530) 351-9040

Impormasyon ng Miyembro

Pangalan:	Apilyedo:
Address:	
Numero ng Telepono: ()	Petsa ng Kapanganakan:
ID/CIN ng Miyembro:	

Binibigyan ko ng awtorisasyon at humihiling (nakikiusap) sa **Partnership HealthPlan of California at sa mga kasaling entidad ng ECM na pinangalanan sa Kalakip A** na gamitin at ibahagi sa iba ang alinman sa aking impormasyon ng pangangalagang pangkalusugan at iba pang personal na impormasyon para sa layuning nakasaad sa itaas.

Pumili ng ISA sa mga sumusunod na dalawang pagpipilian:

<i>LAGYAN DITO NG INISYL</i>	Pahintulot para sa Komunikasyon ng Programang ECM: Sa pamamagitan ng paglalagay dito ng inisyal, pinapayagan ko ang LAHAT ng ahensyang nakalista sa KALAKIP A na gamitin at ibahagi ang aking pangangalagang pangkalusugan at iba pang personal na impormasyon patungkol sa aking medikal na rekord, pisikal na kondisyon, at pagtanggap ng mga social service, at makipag-ugnayan sa isa't isa para makapagbigay ng mga serbisyong ECM, O
------------------------------	---

<i>LAGYAN DITO NG INISYL</i>	Tumatangging Makibahagi sa ECM: Nauunawaan ko na pinahihintulutan ng programang ECM ang mga kapartner sa komunidad na makipag-ugnayan sa isa't isa para maikordina ang aking pangangalaga. Tumatangi akong makibahagi sa proramang ECM. Pwede akong humiling na makibahagi sa mga programang pamamahala ng kaso kung saan ako kwalipikado.
------------------------------	--

Isa pa, sa paglalagay ng inisyal sa ibaba, espesipiko kong binibigyan ng awtorisasyon ang paglalabas ng sumusunod na impormasyon (ang impormasyong ito ay HINDI ilalabas maliban kung espesipiko mong ibibigay ang awtorisasyon)

<i>LAGYAN DITO NG INISYL</i>	Kabilang sa impormasyon sa mental na kalusugan ang: diagnosis, planong gamutan, at pangalan ng provider.
------------------------------	--

<i>LAGYAN DITO NG INISYL</i>	Mga Resulta sa Pagsusuri sa HIV (Health & Safety Code § 120980 (g))
------------------------------	---

Impormasyon sa Problema sa Paggamit ng Substansya

Ang mga rekord ng paggamit ng substansya ay protektado ng mga alituntunin sa kumpedisyalidad ng pederal (42 CFR Part 2). Hindi hinahayaan ng mga alituntunin ng pederal ang higit pang pagsisiwalat ng impormasyon na magpapakilala sa isang pasyente na may kasalukuyan o nagkaroon ng problema sa paggamit ng substansya alinman sa pamamagitan ng pagbanggit ng impormasyong available sa publiko, o sa pamamagitan ng beripikasyon ng gayong pagkakakilanlan sa pamamagitan ng isa pang tao maliban kung malinaw na ipinapahintulot ang higit pang pagsisiwalat sa pamamagitan ng nakasulat na pahintulot ng indibidwal na ang impormasyon ay isisiwalat o ipinapahintulot ng 42 CFR Bahagi 2. Hindi ipinahihintulot ng mga alituntunin ng pederal ang anumang paggamit ng impormasyon para imbestigahan o ihabla, patungkol sa krimen, ang sinumang pasyente na may problema sa paggamit ng substansya, maliban sa inilaan sa §§ 2.12(c)(5) at 2.65.

<i>LAGYAN DITO NG INISYL</i>	Lagyan dito ng inisyal para payagan ang mga entidad na nasa KALAKIP A na gamitin at ibahagi ang LAHAT ng iyong impormasyon tungkol sa droga at alkohol, kasama na ang mga resulta ng pagsusuri, mga planong gamutan, pagdalo sa mga programa, pakikipag-usap sa tagapayo at diagnosis.
------------------------------	--

Pagkapaso at Pagpapawalang-bisa

Pumili ng ISA sa mga sumusunod na dalawang pagpipilian:

<i>LAGYAN DITO NG INISYL</i>	Karaniwang Pagkapaso. Mapapaso ang Awtorisasyong ito sa eksaktong ika-5 taon mula sa petsang ito, O
------------------------------	---

<i>LAGYAN DITO NG INISYL</i>	Maagang Pagkapaso. Mapapaso ang Awtorisasyong ito sa: _____. Ang petsang ito ay maaaring wala pang 6 na buwan (para makibagi sa programang ECM), o hindi hihigit sa 5 taon mula sa petsang ito.
------------------------------	---

Maaaring bawiin ang awtorisasyong ito at ipawalang-bisa (bawiin) anumang oras sa pamamagitan ng pagtawag sa PHC sa (800) 863-4155 o sa pamamagitan ng pagpapadala ng iyong pirmadong kahilingan sa; Partnership HealthPlan of California, Attn: Member Services 4665 Business Center Dr., Fairfield, CA 94534. Magkakabisa ang pagpapawalang-bisa kapag natanggap na ito ng PHC, ngunit hindi maapektohan ang impormasyong naisiwalat na.

Pirma ng Miyembro

Nauunawaan ko na:

- Maaari kong tanggihang pirmahan ang awtorisasyong ito. Posibleng maapektohan ng pagtangga kong ito ang aking kakayahang sumali sa programang ECM. Hindi maaapektohan ng aking pagtangga ang aking kakayahang makakuha ng gamutan, mga serbisyo, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo na available sa akin.
- Ang ilang impormasyon na ibinabahagi sa ilalim ng Awtorisasyong ito ay maaaring muling ibahagi sa iba sa ilalim ng ilang partikular na kondisyon at maaaring hindi na protektado ng mga batas sa kumpidensyalidad ng Estado at Pederal.
- Hindi pinapayagan ang 42 CFR part 2 na muling isiwalat ang mga rekord ng paggamit ng substansya na sumasailalim sa bahaging iyan nang wala ang aking awtorisasyon.
- Maaari kong suriin o kumuha ng kopya ng ibinabahaging impormasyong pangkalusugan.
- May karapatan akong humingi ng kopya ng awtorisasyong ito at magpadala nito sa akin.

Pirma

Petsa

Naka-print na Pangalan

Kaugnayan sa Miyembro