

AWTORISASYON NA ILABAS ANG MEDIKAL NA IMPORMASYON

Mahalagang Impormasyon

Upang pahintulutan ang Partnership HealthPlan of California na ilabas ang inyong medikal na impormasyon sa isang indibidwal o entidad, kailangang makuha ang inyong awtorisasyon na gawin ito. Mangyaring kumpletuhin ang form na ito at ipadala ito sa:

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

OR

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:

Hinihiling (hinihingi) ko sa at binibigyang-pahintulot ang _____
 na ilabas at ibigay ang medikal na impormasyong nalagyan ng tsek sa ibaba ng miyembrong
 pinangalanan sa itaas sa tao o entidad na pinangalanan sa ibaba:

Pangalan:

Address:

Numero ng Telepono: ()

Numero ng Fax: ()

Para Sa Sumusunod na
 Partikular na (mga) Gamit /
 (mga) Layunin:

Personal na
 Paggamit

Legal

Bayad-pinsala
 sa mga
 Manggagawa

Medikal na
 Paggamot

Pagka-
 kwalipikado

Kapansan
 an

Iba pa:

Partikular na (mga) Petsa ng
 Serbisyo:
 (Opsyonal)

MULA KAY: _____ PARA KAY: _____

Ang Awtorisasyong ito ay limitado sa medikal na impormasyong nalagyan ng tsek sa ibaba:

(MANGYARING TANDAAN: Ang sensitibong impormasyon sa kalusugan sa ibaba ay nangangailangan ng hiwalay na lagda.)

Mga kopya ng mga rekord o impormasyon sa kalusugan **maliban sa** sensitibong impormasyon sa kalusugan.

Mga kopya ng mga rekord o impormasyon sa kalusugan **kabilang** ang sensitibong impormasyong nakasaad sa ibaba.

Paggamot sa Kalusugan ng Pag-iisip/Pag-uugali

Paggamot ng Sakit na Naikakalat sa Pagtatalik

Lagda ng Miyembro o Personal na Kinatawan

Lagda ng Miyembro o Personal na Kinatawan

Paggamot sa Karamdamang Paggamit ng Substansya

Impormasyon sa Paglalarawan sa Karamdaman na Paggamit ng Substansya: _____

Lagda ng Miyembro o Personal na Kinatawan

Medikal na impormasyong nauugnay sa sumusunod na partikular na tagapagbigay ng serbisyong medikal:

Medikal na impormasyong nauugnay sa sumusunod na partikular na paggamot o kondisyon:

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:

Ang Awtorisasyong ito ay mawawalan ng bisa sa petsa o pangyayaring ito (kailangan ang petsa): _____

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 inatasan 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 inatasan 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 maaawing bawiin at ipawalang-bisa sa anumang oras sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (800) 863-4155 o sa pagpapadala ng inyong nakasulat na kahilingan 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