

Pagpapalitan ng Impormasyon sa Kalusugan

Pinananatili ng Partnership HealthPlan ng California ang iyong protektadong impormasyon sa kalusugan (PHI) sa elektronikong paraan. Maaaring ibahagi ng iyong mga provider ng pangangalagang pangkalusugan ang iyong impormasyon sa kalusugan upang mapabuti ang bilis, kalidad, kaligtasan, at gastos ng iyong pangangalaga. Ang ganitong paraan ng pagbabahagi ng iyong mga rekord ay tinatawag na Health Information Exchange (HIE).

Kasama sa iyong PHI ang mga medikal na tala, lab, X ray, reseta, at impormasyon sa pagbabayad. Kung ayaw mong ibahagi ang iyong PHI, kailangan mong sagutan ang form sa susunod na pahina. Kailangang lagdaan at ibalik ang form sa Partnership sa pamamagitan ng koreo, fax, o personal.

Kung hindi mo sasagutan ang form na ito, sumasang-ayon ka na payagan ang Partnership na ibahagi ang ilan sa iyong PHI sa mga ka-partner sa pagpapalitan ng impormasyon sa kalusugan. Maaari mong palaging piliin na huwag ibahagi ang iyong PHI sa ibang pagkakataon at walang bagong data na ibabahagi ng Partnership. Ang mga datos na naibahagi na ay hindi na babawiin.

Ang PHI na may kaugnayan sa sensitibong serbisyo ay HINDI ibabahagi nang wala ang iyong nakasulat na pahintulot. Kabilang sa PHI na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo ang:

- Pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng isip o pag-uugali
- Pagsusuri at paggamot sa karamdaman dahil sa paggamit ng kontroladong kemikal
- Mga nakahahawang sekswal na impeksyon
- Pagsusuri at paggamot sa kalusugang sekswal at reproduktibo
- Pagkontrol sa pagbubuntis/kontrasepsyon
- Paggamot na may kaugnayan sa pagpapalaglag o pagpapalaglag
- Mga resulta ng pagsusuri ng genes
- Mga resulta ng HIV test
- Paggamot na may kaugnayan sa pangangalaga na nagpapatibay sa kasarian
- Pagsusuri at paggamot sa karahasan ng kinakasama

Kung nais mong ibahagi ang iyong PHI na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo, dapat mong kumpletuhin ang form sa susunod na pahina. Kailangang lagdaan at ibalik ang form sa Partnership sa pamamagitan ng koreo, fax, o personal.

Hindi binabago ng abisong ito ang iyong mga benepisyo sa Partnership o hindi ka pinipigilan nito sa pagkuha ng pangangalagang kailangan mo. Kung kailangan mo ng tulong o mayroon kang anumang tanong, mangyaring tawagan kami sa **(800) 863-4155**, Lunes – Biyernes, 8 a.m. – 5 p.m. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa California Relay Service sa **(800) 735-2929** o **711**. Para malaman ang higit pa, bisitahin ang aming website sa PartnershipHP.org.



Pagpapalitan ng Impormasyon sa Kalusugan Form ng Miyembro

Kasama sa Protektadong Impormasyon sa Kalusugan (PHI) ang nakaraan at kasalukuyang impormasyon na may kaugnayan sa mga medikal na tala ng mga provider, lab, X-ray, reseta, at impormasyon sa pagbabayad. Mangyaring pumili mula sa mga pagpipilian sa ibaba:

- Hindi ko nais na ibahagi ang aking PHI sa mga ka-partner sa pagpapalitan ng impormasyon sa kalusugan.**

Kasama sa PHI na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo ang impormasyon na may kaugnayan sa pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng isip o pag uugali, pagsusuri o paggamot sa karamdaman dahil sa paggamit ng kontroladong kemikal, mga impeksyong nakukuha sa pakikipagtalik, pagkontrol sa pagbubuntis/kontrasepsyon, pagsusuri at paggamot sa sekswal at pangangalagang pangkalusugan na reprodutibo, paggamot na may kaugnayan sa pagpapalaglag o pagpapalaglag, mga resulta ng pagsusuri ng genes, mga resulta ng HIV test, pangangalaga na nagpapatibay sa kasarian, at pagsusuri at paggamot sa karahasan ng kinakasama.

- Ako ay sumasang-ayon** na ibahagi ang aking PHI na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo sa Partnership at pinapayagan ang Partnership na ibahagi ang naturang PHI sa mga ka-partner sa pagpapalitan ng impormasyon sa kalusugan. Nauunawaan ko na ang aking nakaraan at kasalukuyang impormasyon sa kalusugan na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo ay ibabahagi na ngayon sa lahat ng aking provider ng pangangalagang pangkalusugan, mga ka-partner sa pagpapalitan ng impormasyon sa kalusugan, at Partnership.
- Hindi ko nais na ibahagi ang aking PHI na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo sa mga ka-partner sa pagpapalitan ng impormasyon sa kalusugan.**

Pangalan ng Miyembro:

Petsa ng Kapanganakan:

O Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan:

Ano ba ang legal na kapangyarihan na mayroon ka para katawanin ang miyembro?

Magulang Tagapag-alaga Kapangyarihan ng abogado Tagapagpatupad/tagapag-ingat Iba pa

Lagda:

ID ng Miyembro:

Petsa:

Ipadala sa koreo ang nakumpletong form sa:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Member Services
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

Maaari mo ring i-fax ang nakumpletong form sa (707) 863-4415.