

Pahintulot Consent

PAUNAWA SA MGA KLIYENTE: Ang Departamento ng mga Serbisyo Panlipunan at Kalusugan (DSHS) ay makatutulong sa iyo na mas mahusay kung magagawa naming makipagtulungan sa ibang mga ahensya at mga propesyonal na nakakakilala sa iyo at sa iyong pamilya. Sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito, nagbibigay ka ng pahintulot para sa DSHS at sa mga ahensya at indibidwal na nakalista sa ibaba upang magamit at magbahagi ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa iyo. Hindi maaaring tanggihan ng DSHS ang mga benepisyo sa iyo kung hindi ka pumirma sa form na ito maliban kung kinakailangan ang iyong pahintulot upang matukoy ang iyong pagiging karapat-dapat. Kung hindi mo pinirmahan ang form na ito, maaaring ibahagi pa rin ng DSHS ang impormasyon tungkol sa iyo sa lawak na pinapayagan ng batas. Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa kung paano namamahagi ang DSHS ng kumpidensyal na impormasyon ng kliyente o ang iyong mga karapatan sa pagkapribado, mangyaring sumangguni sa Paunawa ng mga Kasanayan sa Pagkapribado ng DSHS o tanungin ang taong nagbigay sa iyo ng form na ito.

PAGKAKAKILANLAN NG KLIYENTE:			
PANGALAN	PETSA NG KAPANGANAKAN	NUMERO NG PAGKAKAKILANLAN	
ADDRESS	LUNGSOD	ESTADO	ZIP CODE
NUMERO NG TELEPONO (KASAMA ANG AREA CODE)	IBANG IMPORMASYON		

PAHINTULOT:

Pinahihintulutan ko ang paggamit ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa akin sa loob ng DSHS upang magplano, magbigay, at mag-coordinate ng mga serbisyo, paggamot, pagbabayad, at mga benepisyo para sa akin o para sa iba pang mga layunin na pinahihintulutan ng batas. Nagbibigay pa ako ng pahintulot sa DSHS at sa mga nakalisting ahensya, provider, o tao sa ibaba upang gamitin ang aking kumpidensyal na impormasyon at ibunyag ito sa isa't isa para sa mga layuning ito. Ang impormasyon ay maaaring ibigay nang berbal o sa pamamagitan ng data transfer sa computer, sulat, fax, o mismong paghahatid.

Mangyaring suriin ang lahat sa ibaba na kasama sa pahintulot na ito bilang karagdagan sa DSHS at tukuyin ang mga ito sa pamamagitan ng pangalan at address:

Mga provider sa pangangalagang pangkalusugan: _____

Mga provider sa pangangalagang pangkalusugan ng pag-iisip: _____

Mga provider ng serbisyo sa paggamit ng substansya: _____

Iba pang mga provider na kinontrata ng DSHS: _____

Mga programa sa pabahay _____

Mga distrito ng paaralan o kolehiyo: _____

Kagawaran ng Pagwawasto: _____

Kagawaran ng Seguridad sa Pagtatrabaho at mga kasosyo nito sa trabaho: _____

Pangasiwaan ng Panlipunang Kasiguruhan o ibang pederal na ahensiya: _____

Tingnan ang nakalalip na listahan

Iba: _____

Pinapahintulutan at pinapayagan kong ibahagi ang mga sumusunod na rekord at impormasyon (lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):

Lahat ng mga rekord ng aking kliyente Mga rekord sa nakalalip na listahan

Ang mga sumusunod na rekord lamang

Kasaysayan ng pamilya, lipunan at trabaho Impormasyon ng pangangalagang pangkalusugan Paggamot o mga plano ng pangangalaga

Mga rekord ng pagbabayad Indibidwal na mga pagtatasa Paaralan, edukasyon, at pagsasanay

Iba (lista): _____

MANGYARING TANDAAN: Kung ang mga rekord ng iyong kliyente ay kasama ang alinman sa sumusunod na impormasyon, dapat mo ring kumpletuhin ang seksyong ito upang maisama ang mga rekord na ito.

Ibinibigay ko ang aking pahintulot na isiwalat ang sumusunod na mga rekord (lagyan ng check ang lahat ng nalalapat):

Kalusugan sa pag-iisip Mga resulta ng pagsusuri sa HIV/AIDS at STD, diagnosis, o paggamot Karamdaman sa Paggamit ng Substansya

- Balido ang pahintulot na ito para sa isang taon hangga't kailangan ng DSHS ang mga rekord o hanggang _____ (petsa o kaganapan).
- Maaari kong bawiin o iurong ang pahintulot na ito anumang oras sa pagsulat, ngunit hindi ito makakaapekto sa anumang impormasyon na ibinahagi.
- Nauunawaan ko na ang mga rekord na ibinahagi sa ilalim ng pahintulot na ito ay maaaring hindi na protektado sa ilalim ng mga batas na nalalapat sa DSHS.
- Ang kopya ng form na ito ay balido upang ibigay ang aking pahintulot na isiwalat ang mga rekord.

LAGDA	PETSA	KONTAK NG AHENSYA/LAGDA NG TESTIGO	PETSA
LAGDA NG MAGULANG O IBANG KUMAKATAWAN (KUNG NAANGKOP)	NUMERO NG TELEPONO (KASAMA ANG AREA CODE)		PETSA

Kung hindi ako ang tao na paksa ng mga rekord, awtorisado akong pumirma dahil ako ang: (ilakip ang patunay ng awtoridad)

Magulang Legal na Tagapag-alaga (ilakip ang atas ng korte) Personal na kinatawan Iba: _____

PAUNAWA SA MGA TATANGGAP NG IMPORMASYON: Kung naglalaman ang mga rekord na ito ng impormasyon tungkol sa HIV, STD, o AIDS, hindi mo maaaring ibunyag ang impormasyong iyon nang walang partikular na pahintulot ng kliyente. Kung nakatanggap ka ng impormasyon na may kaugnayan sa pag-abuso sa droga o alkohol sa pamamagitan ng kliyente, dapat mong isama ang sumusunod na pahayag kapag karagdagan magiswalat ng impormasyon ayon sa hinihiling ng 42 CFR 2.32:

Isiniwalat sa iyo ang impormasyong ito mula sa mga rekord na protektado ng mga tuntunin sa pagkakumpidensyal ng Pederal (42 CFR bahagi 2). Pinagbabawalan ka ng mga tuntunin ng Pederal mula sa dagdag na pagsisiwalat ng impormasyong ito maliban kung ang karagdagan pagsisiwalat ay malinaw na pinapahintulutan sa pamamagitan ng nakasulat na pagsang-ayon ng tao kung kanino ito nauukol o kaya ay pinapahintulutan ng 42 CFR bahagi 2. Ang isang pangkalahatang awtorisasyon para sa pagpapalabas ng medikal o iba pang impormasyon ay HINDI sapat para sa layuning ito. Ang mga tuntunin ng Pederal ay naglilimita sa anumang paggamit ng impormasyon upang kriminal na imbestigahan o litisin ang sinumang pasyente sa pang-aabuso sa alak o gamot.

MGA TAGUBILIN PARA SA PAGKUMPLETO NG FORM NG PAHINTULOT

Layunin: Gamitin ang form na ito kapag kailangan mo ng pahintulot na gumamit ng kumpidensyal na impormasyon sa patuloy na batayan tungkol sa isang kliyente sa loob ng DSHS o upang ibunyag ang impormasyong iyon sa ibang mga ahensiya upang mag-coordinate ng mga serbisyo o para sa paggamot, pagbabayad o pagpapatakbo ng ahensiya o para sa ibang mga layunin na kinikilala ng batas. Ang mga kliyente ay mga taong tumatanggap ng mga benepisyo o serbisyo mula sa DSHS.

Paggamit: Elektronikong punan ang form kung maaari para sa madaling pagbabasa, **dapat makumpleto ang hiwalay na form para sa bawat tao, kabilang ang mga bata.** Tumutukoy ang "ikaw" sa mga tagubilin sa empleyado ng DSHS at ang "ikaw" sa form ay tumutukoy sa kliyente. Kasama sa pagbabahagi ng mga rekord ang paggamit at pagsisiwalat ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa isang kliyente.

Mga Bahagi ng Form:

PAGKAKAKILANLAN:

- Pangalan: Magbigay ng pangalan ng isang kliyente lamang sa bawat form. Isama ang anumang dating mga pangalan na maaaring ginamit ng kliyente kapag tumatanggap ng mga serbisyo.
- Petsa ng Kapanganakan: Kinakailangang matukoy ang kliyente mula sa mga tao na pareho ang mga pangalan.
- Numero ng Pagkakakilanlan: Magbigay ng numero ng pagkakakilanlan ng kliyente o iba pang tagatukoy tulad ng numero ng social security (hindi kinakailangan) upang tumulong sa pagtukoy ng mga rekord at pagsubaybay ng kasaysayan at mga natanggap na serbisyo.
- Address at telepono: Karagdagang impormasyon na makakatulong sa paghahanap at pagkilala o pagkontak sa kliyente.
- Iba: Isama sa kahon na ito ang anumang karagdagang impormasyon na maaaring makatulong upang mahanap ang mga rekord na maaaring kabilang ang mga bahagi ng DSHS na kasangkot sa mga serbisyo, pangalan ng mga miyembro ng pamilya, o iba pang kaugnay na impormasyon.

PAHINTULOT (AWTORISASYON):

- Mga ahensiya o tao na nagpapalitan ng mga rekord: Nagpapahintulot ang pagkumpleto ng kliyente sa form na ito sa paggamit at pagbabahagi ng kumpidensyal na impormasyon sa loob ng lahat ng DSHS. Maaaring ibunyag ng DSHS at tumanggap ng kumpidensyal na impormasyon mula sa mga ahensiya sa labas o mga tao na nakalista. Magbigay ng impormasyon ng pagkakakilanlan tungkol sa mga ahensiya o provider, kabilang ang pangalan, address o lokasyon kung maaari. Maaari mo ring ilakip ang listahan ng mga ahensiya na pinahihintulatang magbahagi ng impormasyon na dapat ding lagdaan ng kliyente.
- Kasamang impormasyon: Dapat ipahiwatig ng mga kliyente kung anong mga rekord ang saklaw ng pahintulot. Maaaring gawing magagamit ng mga kliyente ang lahat ng mga rekord o maaaring limitahan ang mga isinama na mga talaan ayon sa petsa, uri o pinagmulan ng rekord. Kung hindi pumirma ang isang kliyente sa pahintulot o hindi tukuyin ang partikular na rekord, papahintulutan pa rin ang pagbabahagi ng rekord na iyon kung pinahihintulutan ng batas. Maaari kang maglakip ng listahan ng mga sakop na mga rekord na dapat ding lagdaan ng kliyente. Kung may mga rekord na nagsasama ng impormasyong may kaugnayan sa kalusugan ng pag-iisip (RCW 71.05.620), pagsubok o paggamot sa HIV/AIDS o STD (RCW 70.02.220), o mga serbisyo sa droga at alkohol (42 CFR 2.31(a)(5)), dapat tukoy na markahan ng kliyente ang mga lugar na ito upang magbigay ng pahintulot na ibahagi ang mga rekord na ito. Hindi balido ang form na ito upang isama ang mga tala ng psychotherapy sa ilalim ng 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) at dapat makumpleto ang isang hiwalay na form upang maisama ang mga rekord na iyon.
- Panahong itatagal: Isama ang petsa ng pag-expire ng pahintulot na nagsisilbi sa iyong mga layunin ng programa o ayon sa itinatatadhana ng batas.
- Pagkaunawa: Tiyaking naiintindihan ng kliyente kung ano ang ipinagkaloob na pahintulot at kung paano at kung bakit ibabahagi ang impormasyon. Kung kinakailangan, gumamit ng isinalin na form at tagapagsalin o basahin ang form nang malakas. Kung nangangailangan ang kliyente ng karagdagang impormasyon, magbigay ng karagdagang kopya ng Paunawa ng mga Kasanayan sa Pagkapribado ng DSHS o isangguni ang kliyente sa opisyal ng pampublikong pagbubunyag para sa iyong yunit

MGA LAGDA:

- Kliyente: Papirmahan at ilagay ang petsa ng paglagda ng kliyente o bata sa lampas ng edad ng pahintulot ang kahon na ito (13 para sa kalusugan ng kaisipan at mga serbisyo sa droga at alkohol; 14 para sa HIV/AIDS at iba pang mga STD; anumang edad para sa kontrol ng panganganak at pagpapalaglag; 18 para sa pangangalagang pangkalusugan at iba pang mga rekord). Maaaring palitan ng kliyente ang marka sa kahong ito na iyong sinasaksihan.
- Saksi o Notaryo: Maaaring kailanganin ang isang testigo o notaryo upang mapatunayan ang iyong pagkakakilanlan kung hindi mo isinumite ang form na ito nang personal o kung humiling ng pagpapatunay ang isang programa. Dapat lumagda at iprinta ang pangalan ng taong ito.
- Magulang o Ibang Kinatawan: Kung isang bata sa ilalim ng edad ng pahintulot ang kliyente, dapat pumirma ang magulang o tagapag-alaga. Kung hindi nakakatugon sa edad ng pahintulot ang bata para maibahagi ang lahat ng mga rekord, dapat na parehong pumirma ang bata at ang magulang. Kung ipinahayag na walang kakayahang legal ang kliyente, dapat pumirma ang hinirang na tagapag-alaga ng korte at magbigay ng kopya ng order of appointment. Kung may pumipirma para sa kapasidad ng iba (kabilang ang tao na may kapangyarihan ng abogado o kinatawan ng estado), markahan ang "iba pa" at kumuha ng kopya ng legal na awtoridad na kumilos. Dapat petsahan ng tao na pumirma sa lagda at magbigay ng numero ng telepono o impormasyon sa pakikipag-ugnay.