

**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 Consent

**Paunawa sa Mga Kliyente:** Ang Kagawaran ng Mga Serbisyong Panlipunan at Pangkalusugan (Department of Social and Health Services o DSHS) ay makakatulong sa iyo nang mas mahusay kung magagawa naming makipagtulungan sa ibang mga ahensya at propesyonal na nakakakilala sa iyo at sa iyong pamilya. Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, binibigyan mo ng pahintulot ang DSHS, ang mga ahensya at indibidwal na nakalista sa ibaba upang gamitin at ibahagi ang kumpidensyal na impormasyon tungkol sa iyo. Hindi maaaring tanggihan ng DSHS ang iyong mga benepisyo kung hindi mo lalagdaan ang form na ito maliban kung kailangan ang iyong pahintulot upang matukoy ang iyong pagiging karapat-dapat. Kung hindi mo lalagdaan ang form na ito, maaari pa ring magbahagi ang DSHS ng impormasyon tungkol sa iyo hanggang sa pinapayagan ng batas. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung paano ibinabahagi ng DSHS ang kumpidensyal na impormasyon ng kliyente o ang iyong mga karapatan sa pagkapribado, mangyaring kumonsulta sa Abiso ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado ng DSHS o tanungin ang taong nagbibigay sa iyo ng form na ito.

**Pahintulot**

1. Pinapahintulutan ko ang paggamit ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa akin sa loob ng DSHS upang magplano, magkaloob, at mag-coordinate ng mga serbisyo, paggamot, mga pagbabayad, at mga benepisyo para sa akin o para sa iba pang mga layuning pinahintulutan ng batas. Nagbibigay din ako ng pahintulot sa DSHS at sa mga nakalistang ahensya, tagapagbigay, o tao sa ibaba na gamitin ang aking kumpidensyal na impormasyon at ibahagi ito sa isa't isa para sa mga layuning ito. Maaaring ibahagi ang impormasyon nang pasalita o elektroniko, sa pamamagitan ng koreo, o paghahatid ng personal.

**Dahilan ng Pagsisiwalat:** Ang impormasyong ito ay kinailangan bago maibahagi ng DSHS ang mga rekord sa alak o pangkaisipang kalusugan. Kung hindi mo punan ang bahaging ito, itatala ng DSHS ang dahilan ng pagsisiwalat sa iyong hiling.

Pakisuri ang lahat sa ibaba na kasama sa pahintulot na ito bilang karagdagan sa DSHS at tukuyin sila sa pangalan at tirahan:

- Mga tagapagbigay sa pangangalagang pangkalusugan: \_\_\_\_\_
- Mga tagapagbigay sa pangangalagang pangkalusugan ng pag-iisip: \_\_\_\_\_
- Mga tagapagbigay ng serbisyo sa karamdaman sa paggamit ng substansya: \_\_\_\_\_
- Iba pang nakakontratag tagapagbigay 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 nakalaki na listahan
- Iba:

2. Dahilan ng Pagsisiwalat:  Pagpapatuloy ng pangangalaga  Legal  Personal  Iba pa:

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

- Lahat ng mga rekord ng aking kliyente  Mga rekord sa nakalaki na listahan
- Ang mga sumusunod na rekord lamang
  - Kasaysayan ng pamilya, panlipunan at trabaho
  - Mga plano sa paggamot o pangangalaga
  - Mga rekord ng pagbabayad
  - Mga indibidwal na pagtatasa
  - Paaralan, edukasyon, at pagsasanay
  - Impormasyon sa pangangalaga sa kalusugan ng isip (tukuyin):
  - Impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan (tukuyin):
  - Iba (listahan):

| Pagkakakilanlan ng Kliyente  |   |                           |
|--|---|---------------------------|
| PANGALAN   | PETSA NG KAPANGANAKAN                     | NUMERO NG PAGKAKAKILANLAN |
| <p><b>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.</b></p> <p>Ibinibigay ko ang aking pahintulot na isiwalat ang sumusunod na mga rekord (lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop):</p> <p><input type="checkbox"/> Kalusugang pangkaisipan    <input type="checkbox"/> Mga resulta sa pagsusuri ng HIV/AIDS at STD, diagnosis, o paggamot</p> <p><input type="checkbox"/> Karamdaman sa Paggamit ng Substansya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ang pahintulot na ito ay may bisa sa loob ng isang taon o <input type="checkbox"/> hanggang _____ (petsa o kaganapan).</b></li> <li>• <b>Maaari kong bawiin o iurong ang pahintulot na ito anumang oras sa pagsulat, ngunit hindi ito makakaapekto sa anumang impormasyon na ibinahagi.</b></li> <li>• <b>Naiintindihan ko na ang mga rekord na ibinahagi sa ilalim ng pahintulot na ito ay maaaring hindi na maprotektahan sa ilalim ng mga batas na nalalapat sa DSHS.</b></li> <li>• <b>Ang kopya ng form na ito ay balido upang ibigay ang aking pahintulot na isiwalat ang mga rekord.</b></li> </ul> |   |                           |
| LAGDA  |   | PETSA                     |
| SAKSI / LAGDA NG NOTARYO, KUNG NAANGKOP  | SAKSI / NAKALIMBAG NA PANGALAN NG NOTARYO | PETSA                     |
| LAGDA NG MAGULANG O IBANG KUMAKATAWAN (KUNG NAANGKOP)  | NUMERO NG TELEPONO (KASAMA ANG AREA CODE) | PETSA                     |
| <p>Kung hindi ako ang tao na paksa ng mga rekord, awtorisado akong pumirma dahil ako ang: (ilakip ang patunay ng awtoridad)</p> <p><input type="checkbox"/> Magulang    <input type="checkbox"/> Legal na Tagapag-alaga (ilakip ang atas ng korte)    <input type="checkbox"/> Personal na kinatawan    <input type="checkbox"/> Iba:</p>  |   |                           |

**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 karagdagang magsiwalat 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 pagkakumpidensiyal ng Pederal (42 CFR bahagi 2). Ang mga tuntunin ng Pederal ay nagbabawal sa iyo mula sa dagdag na pagsisiwalat ng impormasyong ito maliban kung ang karagdagang pagsisiwalat ay malinaw na pinapahintulutan sa pamamagitan ng nakasulat na pagsang-ayon ng tao kanino ito ay tumutukoy 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 Mga Form ng Pahintulot, DSHS 14-012

**Paggamit:** Gamitin ang form na ito kapag kailangan mo ng pahintulot na gumamit o magbahagi ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa isang kliyente sa patuloy na batayan tungkol sa isang kliyente sa loob ng DSHS o upang ibunyag ang impormasyong iyon sa ibang mga ahensya upang i-coordinate ang mga serbisyo o para sa paggamot, pagbabayad o mga operasyon ng ahensya o para sa iba pang layunin na kinikilala ng batas.

Punan ang form na ito sa elektronikong paraan kung maaari. Dapat mong kumpletuhin ang **isang hiwalay na form para sa bawat tao, kabilang ang mga bata.**

### Mga Bahagi ng Form:

#### PAGKAKAKILANLAN:

- **Pangalan:** Ibigay ang 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.
- **Iba:** Isama sa kahon na ito ang anumang karagdagang impormasyon na maaaring makatulong upang mahanap ang mga talaan, tulad ng DSHS na kasangkot sa mga serbisyo, pangalan ng mga miyembro ng pamilya, o iba pang nauugnay na impormasyon.

#### PAHINTULOT (AWTORISASYON):

- **Dahilan ng pagsisiwalat:** Ang impormasyong ito ay kinailangan bago maibahagi ng DSHS ang mga rekord sa alak o pangkaisipang kalusugan. Kung hindi mo punan ang bahaging ito, itatala ng DSHS ang dahilan ng pagsisiwalat sa iyong hiling.
- **Mga ahensya o tao na nagpapalitan ng mga rekord:** Ang nakumpletong form na ito ay nagbibigay-daan sa: (1) ang paggamit at pagsisiwalat ng kumpidensyal na impormasyon sa loob ng DSHS at sa mga ahensya o taong nakalista; at (2) pagsisiwalat ng kumpidensyal na impormasyon sa DSHS ng mga panlabas na ahensya o mga taong nakalista. Maaari mo ring ilakip ang listahan ng mga ahensya 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. Ang form na ito ay hindi balido upang isama ang mga tala sa psychotherapy sa ilalim ng 45 CFR 164.508(b)(3)(ii); dapat kumpletuhin ang isang hiwalay na form upang maisama ang mga talaan na iyon.
- **Panahong itatagal:** Magsama ng petsa ng pagkawalang bisa para sa pahintulot, kung iba sa isang taon. Mawawalan ng bisa ang pahintulot sa loob ng isang taon maliban kung magtukoy ka ng ibang petsa.
- **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 ang kliyente ay nangangailangan ng karagdagang impormasyon, magbigay ng karagdagang kopya ng Paunawa ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado ng DSHS o isangguni ang kliyente sa opisyal ng pagsisiwalat ng publiko 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 saksi o notaryo upang i-verify ang pagkakakilanlan ng kliyente kung ang kliyente ay hindi nagsumite ng form na ito nang personal o kung ang isang programa ay humiling ng pag-verify. Ang taong ito ay dapat lumagda at i-print ang kanyang pangalan.
- **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.