



KODIAK KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

MGA SERBISYONG PANGKALUSUGAN

PAHINTULOT NG MENOR DE EDAD SA PAGGAMOT

Pangalan ng Menor de edad na Pasyente: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

(Mga) Pangalan ng lahat ng magulang o legal na tagapangalaga: _____

Nauunawaan kong sa ilalim ng batas ng Alaska, AS 25.20.025, pinahihintulutan akong humiling ng mga serbisyong medikal o pangngipin para sa aking sarili sa ilang partikular na pangyayari sa ibaba, nang hindi inaabisuhan ang o humihiling ng pahintulot mula sa aking (mga) magulang o legal na tagapangalaga, at dapat kong lagyan ng tsek ang kahong nalalapat sa akin.

- Hiwalay akong naninirahan sa aking (mga) magulang o legal na tagapangalaga at ako ang namamahala sa aking sariling mga usapin sa pananalapi (anuman ang pinagkukunan o sakop ng aking kita).
- Hindi magawang makipag-ugnayan sa aking (mga) magulang o legal na tagapag-alaga o, kung nakaugnayan, hindi sila handang ibigay o pigilan ang pahintulot sa aking medikal na pangangalaga. Dahilan kung bakit hindi sila makaugnayan:

- Humihiling ako ng pangangalaga para sa diagnosis, paggamot o pag-iwas sa pagbubuntis.
- Humihiling ako ng diagnosis, paggamot o pangangalaga para sa impeksyon/sakit na naipapasa sa pakikipagtalik (STI o STD).
- Ako ang magulang ng bata at humihiling ako ng mga serbisyong medikal at pangngipin para sa aking sarili o para sa aking anak.

Nauunawaan ko ring kumpidensyal at protektado ng ilang partikular na batas sa pagkapribado ang aking mga rekord sa kalusugan, at walang karapatan ang aking (mga) magulang o legal na tagapangalaga na malaman o i-access ang mga rekord sa kalusugan para sa mga serbisyong sinang-ayunan ko sa sarili kong ngalan, maliban kung mapagpasyahan ng KANA na nangangailangan ng pagsisiwalat sa aking (mga) magulang o legal na tagapangalaga ang napipintong banta sa aking kalusugan o kaligtasan.

Sa paglagda sa form ng pahintulot na ito, kinikilala kong ako ang may pinansyal na responsibilidad sa pagbabayad sa mga serbisyong natatanggap ko mula sa KANA, kung hindi saklaw ng KANA sa ibang paraan, at hindi ang aking (mga) magulang o tagapag-alaga. Nauunawaan kong kung iaalok ko ang insurance ng aking mga magulang para bayaran ang mga serbisyong hindi magagarantiya ng KANA ang hindi pagsisiwalat ng aking impormasyong pangkalusugan sa aking mga magulang. Nauunawaan ko ring maaari akong kumonsulta sa KANA para magtanong kung anong mga mapagkukunan ang available sa akin para bayaran ang aking mga obligasyon sa pananalapi, pero hindi magagarantiya ng KANA na magiging available ang mga naturang mapagkukunan.

Lagda ng Menor de Edad na Pasyente: _____ Petsa: _____

Para Lang sa Paggamit ng KANA:

Ginawa ang Pag-intake ni: _____ MRN: _____ Petsa: _____