



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION

MGA SERBISYONG PANGKALUSUGAN

Pahintulot para sa Komunikasyon ng Impormasyong Pangkalusugan

Ayon sa Mga Panuntunan at Regulasyon ng HIPAA, hindi maaaring isiwalat ng KANA ang impormasyong pangkalusugan ng pasyente sa sinuman nang walang pahintulot. Kung gusto mong magkaroon ng ibang tao na may kaugnayan sa pagsasaayos ng iyong pangangalaga, mangyaring kompletuhin ang form na ito. **Dapat ganap at tumpak na makompleto ang lahat ng impormasyon, o hindi magkakaroon ng bisa ang dokumento.**

Pangalan ng Pasyente (Apelyido, Pangalan):			Gitnang Inisyal:	
Numero ng Telepono:		Petsa ng Kapanganakan:		
Address ng Pasyente:		Lungsod:	Estado:	Zip:

DAPAT MAGBIGAY ANG HUMIHILING NG NABABASANG KOPYA NG LEGAL NA PAGKAKAKILANLAN KASAMA NG FORM NA ITO

Pinahihintulutan ko ang Kodiak Area Native Association na pasalitang ilabas ang aking mga rekord sa mga sumusunod na tao:

Pangalan (Apelyido, Pangalan):			Gitnang Inisyal:	
Numero ng Telepono:		Petsa ng Kapanganakan:		
Kaugnayan:				

Paglalarawan ng partikular na impormasyon na isisiwalat, mangyaring lagyan ng ang lahat ng naaangkop na kahon sa ibaba:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gumawa o Kanselahin ang mga appointment para sa akin | <input type="checkbox"/> Kausapin ang aking Dentista o iba pang tauhan sa Ngipin sa ngalan ko |
| <input type="checkbox"/> Kausapin ang aking Doktor o iba pang tauhan sa sentrong pangkalusugan sa ngalan ko | <input type="checkbox"/> Talakayin ang impormasyon sa pagsingil kasama ang tauhan sa paniningil ng KANA |
| <input type="checkbox"/> Talakayin ang aking mga pangangailan sa paglalakbay kasama ang Mga Espesyalista sa Paglalakbay ng Pasyente ng KANA | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ |

Pangalan (Apelyido, Pangalan):			Gitnang Inisyal:	
Numero ng Telepono:		Petsa ng Kapanganakan:		
Kaugnayan:				

Paglalarawan ng partikular na impormasyon na isisiwalat, mangyaring lagyan ng ang lahat ng naaangkop na kahon sa ibaba:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gumawa o Kanselahin ang mga appointment para sa akin | <input type="checkbox"/> Kausapin ang aking Dentista o iba pang tauhan sa Ngipin sa ngalan ko |
| <input type="checkbox"/> Kausapin ang aking Doktor o iba pang tauhan sa sentrong pangkalusugan sa ngalan ko | <input type="checkbox"/> Talakayin ang impormasyon sa pagsingil kasama ang tauhan sa paniningil ng KANA |
| <input type="checkbox"/> Talakayin ang aking mga pangangailan sa paglalakbay kasama ang Mga Espesyalista sa Paglalakbay ng Pasyente ng KANA | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ |

Pangalan (Apelyido, Pangalan):			Gitnang Inisyal:	
Numero ng Telepono:		Petsa ng Kapanganakan:		
Kaugnayan:				

Paglalarawan ng partikular na impormasyon na isisiwalat, mangyaring lagyan ng ang lahat ng naaangkop na kahon sa ibaba:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gumawa o Kanselahin ang mga appointment para sa akin | <input type="checkbox"/> Kausapin ang aking Dentista o iba pang tauhan sa Ngipin sa ngalan ko |
| <input type="checkbox"/> Kausapin ang aking Doktor o iba pang tauhan sa sentrong pangkalusugan sa ngalan ko | <input type="checkbox"/> Talakayin ang impormasyon sa pagsingil kasama ang tauhan sa paniningil ng KANA |
| <input type="checkbox"/> Talakayin ang aking mga pangangailan sa paglalakbay kasama ang Mga Espesyalista sa Paglalakbay ng Pasyente ng KANA | <input type="checkbox"/> Iba pa: _____ |

Nauunawaan ko na ang pahintulot na ito ay may-bisa mula sa petsa ng paglagda. Nauunawaan ko na maaari kong bawiin ang pahintulot na ito sa pamamagitan ng pagsusumite ng nakasulat na kahilingan sa Mga Serbisyo sa Impormasyong Pangkalusugan ng Kodiak Area Native Association, maliban sa lawak na may ginawang pagkilos tungkol dito.

Lagda: _____ Petsa: _____

Kaugnayan sa Pasyente: _____

Para Lang sa Paggamit ng KANA:

Numero ng Medikal na Rekord (Medical Record Number, MRN): _____ Petsa ng Pagkopya: _____ Inisyal ng Tauhan: _____ Na-update noong 06/2023

3449 REZANOF DRIVE EAST KODIAK AK 99615 | (907) 486-9800 | WWW.KODIAKHEALTHCARE.ORG

PAGGALANG | PAGBABAHAGI | PAG-AALAGA | DANGAL | KAGANDAHANG-LOOB