



KODIAK AREA NATIVE ASSOCIATION, INC.

MGA SERBISYONG PANGKALUSUGAN

Pahintulot para sa Paggamit at Pagsisiwalat ng Impormasyong Pangkalusugan

Dapat ganap at tumpak na makompleto ang lahat ng impormasyon bago mailabas ang mga rekord sa kalusugan.

| | | | | |
|--|----------|------------------------|------------------|--|
| 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 PAGKAKILANLAN KASAMA NG FORM NA ITO

| Ang impormasyon ay isisiwalat ni/ng: | At ibibigay kay/sa: | | |
|--------------------------------------|---|----------------|-----------|
| Pangalan ng Pasilidad: | Pangalan ng Tao/Pasilidad/Organisasyon: | | |
| Address: | Address: | | |
| Lungsod, Estado, Zip: | Lungsod, Estado, Zip: | | |
| # ng Telepono: | # ng Fax: | # ng Telepono: | # ng Fax: |

Pinahihintulutan kong mailabas ang sumusunod na impormasyon sa/mula sa KANA:

- Mga rekord para sa mga sumusunod na petsa: _____
- Impormasyon lang na nauugnay sa (partikular na pinsala, aksidente o partikular na karamdaman/paggamot):
- Iba pang impormasyong tinukoy sa likuran ng form na ito;
- Iba pang impormasyong tinukoy sa ibaba;

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

- Mga Rekord ng Pagpapabakuna
- Mga ulat sa radiology
- Mga Ulat sa laboratoryo/pathology
- Mga Listahan ng Gamot
- Mga Tala ng Provider
- Iba pa (mangyaring tukuyin sa ibaba)
- Pangngipin
- Pagsingil

Isisiwalat ang impormasyon para sa mga sumusunod na layunin (DAPAT pumili ang humihiling ng isa sa mga sumusunod):

- Insurance
- Kapansanan
- Abogado
- Paaralan
- Pagpapatupad ng Batas
- Personal na paggamit
- Paggamit sa Militar
- Paglipat ng pangangalaga sa iba pang klinika

Ang impormasyon ay isisiwalat sa pamamagitan ng: Personal Mail Fax

I-email* sa sumusunod na email address: _____

*Pinapataas ng pagpapadala ng impormasyon sa pamamagitan ng email ang mga panganib sa pagkapribado, dahil nauugnay rito ang pinataas na panganib ng aksidenteng pagsisiwalat

Nauunawaan kong ang impormasyong isiniwalat sa pamamagitan ng pahintulot na ito ay maaaring mapasailalim sa muling pagsisiwalat at maaaring hindi na maprotektahan ng Panuntunan sa Pagkapribado (45 C.F.R. Bahagi 160 at 164) at Batas sa Pagkapribado ng 1974 [5USC 522a.] ng Batas sa Pagiging Portable ng at Pananagutan sa Insurance sa Kalusugan. Nauunawaan ko na maaari akong humingi ng kopya ng pahintulot na ito. Nauunawaan kong may-bisa bilang orihinal ang photocopy/fax ng pahintulot na ito. Nauunawaan kong ang impormasyong pangkalusugan na inilabas, kung saklaw ng pederal na batas 42 S.F.R. Bahagi 2 (Mga rekord ng pang-aabuso sa alak at droga); ay patuloy na poprotektahan ng batas mula sa muling pagsisiwalat. Nauunawaan kong maaari akong tumanggap lagdaan ang pahintulot na ito at hindi makakaapekto ang aking pagtanggap lumagda sa kakayahan kong kumuha ng pangangalaga o pagbabayad para sa aking mga kwalipikadong benepisyo.

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. p

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 8/2023

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

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

Pahintulot para sa Paggamit at Pagsisiwalat ng Impormasyong Pangkalusugan

Sagutan LANG kung gusto mong isiwalat ang alinman sa mga sumusunod na sensitibong impormasyon sa Paggamot na nauugnay sa Alak/Droga, Sakit na Naipapasa sa Pakikipagtalik, HIV/AIDS o Kalusugan ng Pag-iisip/Pag-uugali.

DAPAT MONG LAGYAN NG INISYAL ang lahat ng naaangkop na kahon sa ibaba:

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Impormasyong nauugnay sa paggamot na nauugnay sa droga/alak |
| <input type="checkbox"/> | Impormasyong nauugnay sa paggamot para sa anumang sakit na naipapasa sa pakikipagtalik, kasama ang HIV o AIDS |
| <input type="checkbox"/> | Impormasyong nauugnay sa paggamot para sa mga karamdamang nauugnay sa kalusugan ng pag-iisip/pag-uugali |
| <input type="checkbox"/> | Pagtatasa ng pag-intake |
| <input type="checkbox"/> | Neuropsychological na Pagtatasa |
| <input type="checkbox"/> | Psychiatric na Pagtatasa |
| <input type="checkbox"/> | Psychological na Pagtatasa |
| <input type="checkbox"/> | Plano ng Paggamot |
| <input type="checkbox"/> | Pagsusuri ng Plano ng Paggamot |
| <input type="checkbox"/> | Team sa Agarang Pagtugon sa Pag-uugali (Behavioral Urgent Response Team, BURT) |
| <input type="checkbox"/> | Listahan ng Gamot |
| <input type="checkbox"/> | Buod ng Pagdalo |
| <input type="checkbox"/> | Buod ng Paglahok |
| <input type="checkbox"/> | Buong Rekord ng Kalusugan ng Pag-iisip/Pag-uugali |
| <input type="checkbox"/> | Iba pang dokumentasyon sa Kalusugan ng Pag-iisip/Pag-uugali ayon sa tinukoy: |

Ang impormasyon ay isisiwalat sa pamamagitan ng: Personal

Mail

Fax

I-email* sa sumusunod na email address: _____

**Pinapataas ng pagpapadala ng impormasyon sa pamamagitan ng email ang mga panganib sa pagkapribado, dahil nauugnay rito ang pinataas na panganib ng aksidenteng pagsisiwalat*

Lagda: _____ Petsa: _____

Kaugnayan sa Pasyente: _____

Para Lang sa Paggamit ng KANA:

Número ng Medikal na Rekord (Medical Record Number, MRN): _____ Petsa ng Pagkopya: _____ Insiyal ng Tauhan: _____

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

PAGGALANG

PAGBABAHAGI

PAG-AALAGA

DANGAL

KAGANDAHANG-LOOB