OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

AWTORISASYON NG HIPAA PARA SA PAGGAMIT O PAGSISIWALAT NG PROTEKTADONG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN

Mahalagang Paalala

Pinahihintulutan ng form na ito ng HIPAA ang paglabas ng pangkalahatang rekord sa paggamot na medikal, dental, at kalusugang pang-asal, billing record, at ibang impormasyong pangkalusugan ayon sa hinihiling sa ibaba. Kumpletuhin ang lahat ng naaangkop na seksiyon ng form na Awtorisasyon ng HIPAA na ito.

Kung hindi kumpleto o magkakasalungat ang mga seksiyon, maaaring hindi tanggapin ang form. Kung nag-expire o binawi ang form, hindi ito maaaring gamitin.

Hindi kasama ang mga tala ng psychotherapy. Gamitin ang hiwalay na Awtorisasyon sa mga Tala ng Psychotherapy ng Opsam Health para sa mga tala ng psychotherapy.

1. Impormasyon ng Pasyente

Buong Pangalan:_____

Petsa ng Kapanganakan:_____ Numero ng Telepono: _____

Adres sa Koreo: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ ZIP Code: _____

2. Tagapagbigay o Organisasyong Awtorisadong <u>MAGSISIWALAT/MAGPAPADALA</u> ng mga Tala ng Psychotherapy

☐ Opsam Health

☐ Ibang tagapagbigay o organisasyong nakalista sa ibaba

Pangalan ng tagapagbigay/organisasyong magsisiwalat:_____

Pangalan ng klinisyan, kung alam: _____

Address: _____

Telepono: _____ Fax o secure email: _____

3. Tao o Organisasyong Awtorisadong <u>TATANGGAP</u> ng mga Tala ng Psychotherapy

☐ Opsam Health

☐ Ibang tagapagbigay o organisasyong nakalista sa ibaba

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

Pangalan ng tatanggap: _____

Relasyon sa pasyente: _____

Address: _____

Telepono: _____ Fax o secure email: _____

4. Layunin ng Kahilingan

Ang paggamit o pagsisiwalat ay para sa tiyak na (mga) layuning minarkahan at inilalarawan sa ibaba:

- ☐ Sa kahilingan ng indibidwal
- ☐ Para sa paggamot, pagbabayad, o mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan
- ☐ Pangangasiwa ng insurance, pagbabayad, o mga benepisyo
- ☐ Mga usaping legal. Ilarawan sa ibaba ang usapin at paggamit ng tatanggap.
- ☐ Iba pa: _____

Tiyak na layunin at paggamit/limitasyon ng tatanggap:

_____

Karagdagang limitasyong hiniling ng pasyente:

_____

5. Mga Pangkalahatang Rekord na Ilalabas at mga Petsa ng Serbisyo

Tukuyin saklaw ng panahon para sa mga rekord na hinihiling:
(Lagyan lamang ng tsek ang mga rekord na maaaring isiwalat)

- ☐ Buong rekord na medikal at billing para sa panahon sa itaas, maliban sa mga rekord na hindi kasama ng batas at mga kategorya ng sensitibong impormasyong hindi partikular na inawtorisahan sa Seksiyon 6
- ☐ Mga tala sa medikal na pagbisita, history and physical, progress note, assessment, at mga plano sa pangangalaga
- ☐ Mga rekord sa ngipin
- ☐ Mga rekord sa paggamot ng kalusugang pang-asal, hindi kabilang ang mga tala ng psychotherapy
- ☐ Listahan ng gamot at kasaysayan ng gamot
- ☐ Mga resulta ng laboratoryo
- ☐ Imaging, diagnostic study, at mga report
- ☐ Mga rekord ng pagbabakuna
- ☐ Mga referral, consult note, at rekord ng koordinasyon ng pangangalaga
- ☐ Billing, claim, bayad, o rekord ng pagiging kwalipikado
- ☐ Iba pang tiyak na rekord: _____

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

6. Mga Sensitibong Rekord — Kinakailangan ang Tiyak na Awtorisasyon

Nauunawaan kong maaaring may karagdagang proteksiyon ang mga kategoryang ito sa ilalim ng batas pederal o California.

Hindi ilalabas ng Opsam Health ang sensitibong kategorya ng impormasyon maliban kung minarkahan at nilagyan ng inisyal sa ibaba, o kung pinahihintulutan o kinakailangan ng batas ang pagsisiwalat.

Sa pagmarka at paglalagay ng aking inisyal sa (mga) kahon sa ibaba, sumasang-ayon akong pinahihintulutan ko ang pagsisiwalat ng mga tinukoy na rekord.

Kung menor de edad ang pasyente at ang mga rekord ay kaugnay ng mga serbisyong maaari niyang legal na pahintulutan, maaaring kailanganing lumagda ang menor sa awtorisasyong ito.

Mga Inisyal	Kategorya
_____	☐ Mga resulta ng HIV test. Partikular kong pinahihintulutan ang paglabas ng mga resulta ng HIV test.
_____	☐ Mga rekord ng sexually transmitted infection o nakahahawang sakit..
_____	☐ Mga rekord ng genetic testing.
_____	☐ Mga rekord sa paggamot ng kalusugang pangkaisipan, hindi kabilang ang mga tala ng psychotherapy.
_____	☐ Mga Mga rekord sa paggamot ng substance use disorder, kabilang ang mga rekord na protektado ng 42 CFR Part 2.
_____	☐ Mga rekord ng gamot para sa opioid use disorder o medication-assisted treatment.
_____	☐ Mga rekord sa kalusugang reproduktibo o seksuwal, kabilang ang contraception, fertility, pagbubuntis, aborsiyon, o mga serbisyong kaugnay ng aborsiyon.
_____	☐ Mga rekord ng pangangalagang nagpapatibay ng kasarian.
_____	☐ Mga rekord na kaugnay ng seksuwal na pag-atake o intimate partner violence.
_____	☐ Mga rekord ng serbisyong pinahintulutan ng menor de edad, kung nilagdaan lamang ng menor o kung pinahihintulutan ng batas.
_____	☐ Iba pang sensitibong rekord na partikular na inilalarawan dito:_____

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

7. Pag-expire

Dapat may tiyak na petsa ng pag-expire ang mga awtorisasyon sa California. Kung blangko ang petsa, maaaring ituring ng Opsam Health na hindi kumpleto ang awtorisasyon o, kung legal lamang na pinahihintulutan, na mag-e-expire ito 12 buwan mula sa petsa ng pagpirma.

Maliban kung bawiin ng pasyente o pinahihintulutan ng batas ang mas huling petsa, mag-e-expire ang awtorisasyong ito sa petsang tinukoy sa ibaba o 12 buwan mula sa petsa ng pagpirma, alinman ang mauna.

Petsa ng pag-expire ng awtorisasyong ito:
(Halimbawa: MM/DD/YYYY.)

_____

Kung higit sa isang taon, dahilan o tiyak na kahilingan ng pasyente:

_____

8. Mangyaring Basahin Bago Lumagda

- Pinahihintulutan ko ang paggamit o pagsisiwalat ng aking impormasyong pangkalusugan na personal akong matutukoy, ayon sa paglalarawan sa awtorisasyong ito.
- Nauunawaan kong boluntaryo ang awtorisasyong ito at hindi maaaring gawing kondisyon ng Opsam Health sa paggamot, pagbabayad, enrollment, o pagiging kwalipikado sa benepisyo ang pagpirma ko, maliban kung at hanggang sa lawak na pinahihintulutan ng batas.
- Maaari kong bawiin ang awtorisasyong ito anumang oras sa pamamagitan ng nakasulat na kahilingan sa Opsam Health Medical Records sa 637 3rd Avenue Suite E1, Chula Vista, CA, 91910, fax sa (619)-474-4008, email sa medicalrec@opsam.org, o lokasyon ng portal na itinalaga ng Opsam Health. Hindi maaapektuhan ng pagbawi ang mga pagsisiwalat na nagawa na batay sa awtorisasyong ito bago matanggap ang pagbawi.
- Sa ilalim ng batas ng California, maaaring pagbawalan ang tatanggap ng impormasyong medikal na muling isiwalat ito maliban kung may nakasulat kong awtorisasyon o partikular na kinakailangan o pinahihintulutan ng batas.
- Kung ang tatanggap ay hindi health plan, health care clearinghouse, o tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan na saklaw ng HIPAA, maaaring hindi na protektado ng pederal na mga tuntunin sa pagkapribado ng HIPAA ang isiniwalat na impormasyon. Maaari pa ring umiral ang ibang batas pederal o California sa pagkapribado.

OPSAM HEALTH
Caring for the Community Since 1973

- May karapatan akong tumanggap ng kopya ng nilagdaang awtorisasyong ito. Kung humingi ang Opsam Health ng kopya nito para sa paggamit o pagsisiwalat ng aking impormasyong pangkalusugan, tatanggap ako ng kopya ng nilagdaang awtorisasyon at mga tagubilin sa pagkuha ng karagdagang papel o digital na kopya.
- Maaari lamang singilin ang makatwirang bayad sa pagkopya, selyo, o elektronikong media ayon sa pinahihintulutan ng naaangkop na batas.
- Kung may nawawalang kinakailangang elemento, nag-expire, kilalang hindi totoo, o hindi naaayon sa hinihiling na pagsisiwalat, maaaring ituring ng Opsam Health na walang bisa ang awtorisasyon.

9. Lagda

Sa pagpirma sa ibaba, kinukumpirma kong nabasa ko ang awtorisasyong ito o ipinaliwanag ito sa akin, nauunawaan ko ito, at pinahihintulutan ko ang paggamit o pagsisiwalat ng impormasyong inilalarawan sa itaas.

Pangalan ng pasyente (Print): _____

Petsa ng kapanganakan: _____

Petsa ng pagpirma: _____

Telepono: _____

Lagda ng pasyente: _____

Kung nilagdaan ng ibang tao maliban sa pasyente:

☐ Magulang o legal na tagapag-alaga ☐ Konserbador

☐ Ahente sa pangangalagang pangkalusugan o personal na kinatawan

☐ Iba pa: _____

Paglalarawan ng legal na awtoridad na lumagda: _____

Dokumentasyon ng awtoridad na sinuri, kung naaangkop: _____

Lagda ng legal na kinatawan, kung naaangkop: _____

Petsa ng Pagpirma: _____

Relasyon sa pasyente: _____

For Opsam Health Use Only - *Not Part of Patient Authorization*

☐ Patient identity verified
☐ Legal representative authority reviewed, if applicable
☐ Sensitive-content restrictions reviewed before disclosure
☐ Copy of signed authorization provided or instructions for copy access provided

Staff name: _____ Date received: _____ Date completed: _____