COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

Mga Tagubilin para sa Pagkumpleto ng Form ng Pahintulot para sa Legal na Paglilitis ng SAPC

Ang layunin ng form ng pahintulot na ito ay magbigay ng nakasulat na pahintulot para sa pagpapalabas at pagpapalitan ng iyong impormasyong pangkalusugan, kabilang ang impormasyong protektado sa ilalim ng **42 CFR Part 2** (impormasyon tungkol sa sakit sa paggamit ng ipinagbabawal na substance) na gagamitin sa (mga) kriminal, sibil, lehislatibo, o administratibong paglilitis at limitado lamang sa nasabing (mga) legal na paglilitis na tinukoy sa form ng pahintulot na ito. Para sa impormasyon tungkol sa SUD, ang layunin ng pahintulot at pagsisiwalat ay dapat na espesipiko at naaayon sa mga kinakailangan ng **42 CFR Part 2** at lahat ng naaangkop na batas ng Pederal at Estado. Ang iyong awtorisasyon ay boluntaryo at maaari kang tumangging pumirma. Mangyaring maglaan ng isang sandali upang basahin ang mga tagubilin sa ibaba.

Basahin nang Mabuti ang Bawat Seksyon

Ang form na ito ay may kasamang ilang seksyon na naglalarawan kung:

- **Anong impormasyon ang** maaaring ibahagi
- **Sino** ang maaaring magpadala at tumanggap ng impormasyon
- **Bakit** ibinabahagi ang impormasyon
- **Gaano katagal** ang bisa ng awtorisasyon
- Ang **iyong mga karapatan**g bawiin o limitahan ang awtorisasyon na ilabas ang impormasyon

Mangyaring **basahin at suriing mabuti ang bawat seksyon** bago pumirma.

Tukuyin Kung Anong Impormasyon ang Maaaring Ilabas

Maaari mong piliing limitahan ang uri o dami ng impormasyong ilalabas. Maaari mong pahintulutan ang pagpapalabas ng:

- Iyong buong rekord sa kalusugan, **o**
- Tukuyin ang impormasyong pinahihintulutan mong gamitin at isiwalat

Sino ang Maaaring Magbahagi at Tumanggap ng Iyong Impormasyon

Dapat mong ilista:

- Ang (mga) uri ng legal na paglilitis na pinahintulutan para sa paggamit at pagsisiwalat ng iyong impormasyon
- Ang (mga) legal na entidad/indibidwal na pinapayagang tumanggap nito

Kung gusto mong magpalitan ng impormasyon ang maraming organisasyon sa isa't isa, ilista ang lahat ng partido.

Suriin ang Iyong mga Karapatan sa Ilalim ng HIPAA at 42 CFR Part 2

Isinasaad ng form na ito ang iyong mga karapatan sa ilalim ng mga batas ng Pederal at Estado. May karapatan kang:

- **Tumangging pirmahan** ang awtorisasyong ito
- **Bawiin** ang iyong awtorisasyon anumang oras sa pamamagitan ng sulat o sa personal
- **Tumanggap ng kopya** ng nakumpletong form
- **Limitahan** ang impormasyong ibinabahagi
- **Asahan ang mga proteksyon sa pagiging kumpidensyal**, kabilang ang mga limitasyon sa muling pagsisiwalat

Mangyaring sumangguni sa Seksyon IV na “Iba Pang Mahalagang Impormasyon” at sa Seksyon VI na “Abiso na Kasama ng mga Pagsisiwalat” para sa karagdagang impormasyon na may kaugnayan sa iyong mga karapatan sa ilalim ng HIPAA at 42 CFR Part 2.

Pag-expire ng Awtorisasyon

Mananatiling may bisa ang iyong awtorisasyon hangga't tumatanggap ka ng mga serbisyo mula sa Network ng Provider ng SAPC maliban kung pipiliin mong bawiin ito.

Mangyaring sumangguni sa Seksyon IV na “Iba Pang Mahalagang Impormasyon” at sa Seksyon VII na “Pagbawi ng Pahintulot” para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa pagbibigay ng awtorisasyon.

Pagbawi sa Iyong Awtorisasyon

Maaari mong bawiin ang iyong awtorisasyon anumang oras sa pamamagitan ng pag-aabiso nang nakasulat o personal sa iyong provider na nagbibigay ng paggamot o sa programa. **Hindi** binabawi ng pagbawi ang impormasyong naibahagi na bago pa matanggap ang pagbawi.

Mangyaring sumangguni sa Seksyon IV na "Iba Pang Mahalagang Impormasyon" at sa Seksyon VII na "Pagbawi ng Pahintulot" para sa karagdagang impormasyon kung paano bawiin ang iyong awtorisasyon.

Elektronikong Pagpapalitan at Seguridad

Ang lahat ng pagsisiwalat—kabilang ang mga ginawa sa elektronikong paraan—ay dapat sumunod sa:

- Mga kinakailangan ng **HIPAA**
- **42 CFR Part 2**
- Iba pang naaangkop na batas sa **pagiging kumpidensyal ng Pederal at Estado**

Pirmahan at Lagyan ng Petsa ang Form

Kinukumpirma ng iyong pirma na:

- **Nauunawaan** mo ang impormasyon sa form
- **Pinahihintulutan** mo **ang pagpapalabas ng** inilalarawang **impormasyon**
- **Nauunawaan mo ang iyong mga karapatan** sa ilalim ng HIPAA at 42 CFR Part 2

Kung pipirma ka bilang isang **legal na kinatawan**, dapat mong isaad ang iyong awtoridad na gawin ito. Kabilang sa mga halimbawa ng legal na awtoridad ang Conservator (tagapangasiwa ng isang tao/ari-arian), Executor of Estate (tagapamahala ng ari-arian ng namatay), Legal na Tagapag-alaga, Magulang, Power of Attorney (taong binigyan ng legal na kapangyarihan upang kumilos para sa iba), at/o Next of Kin (pinakamalapit na kamag-anak). Kakailanganin mong magbigay ng karagdagang dokumentasyon upang patunayan ang iyong awtoridad o relasyon.

Kung pipirma ka bilang isang saksi para sa pirma sa pamamagitan ng marka, mangyaring punan ang naaangkop na seksyon ng iyong impormasyon.

Ibalik ang Nakumpletong Form

Ibalik ang pinirmahang form sa provider, programa, o ahensyang responsable sa pagproseso ng iyong kahilingan. Maaari kang humiling ng kopya para sa iyong mga rekord.

PAG-IWAS AT PAGKONTROL SA PAG-AABUSO SA PAGGAMIT NG IPINAGBABAWAL NA SUBSTANCE

PAHINTULOT PARA SA MGA PAGGAMIT AT PAGSISIWALAT NG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN TUNGKOL SA SAKIT SA PAGGAMIT NG IPINAGBABAWAL NA SUBSTANCE PARA SA MGA LEGAL NA PAGLILITIS

Layunin ng Pahintulot at Pagsisiwalat: Ang form ng pahintulot na ito ay nagbibigay ng awtorisasyon para sa paggamit at pagsisiwalat ng protektadong impormasyon sa kalusugan tungkol sa sakit sa paggamit ng ipinagbabawal na substance (substance use disorder, SUD) na gagamitin sa mga kriminal, sibil, lehislatibo, o administratibong paglilitis, at limitado lamang sa mga naturang legal na paglilitis na tinukoy sa form ng pahintulot na ito. Sa pamamagitan ng pagkumpleto sa form na ito ng pahintulot para sa paggamit at pagsisiwalat ng impormasyon, nagbibigay ka ng pahintulot na ilabas ang iyong protektadong impormasyon sa kalusugan tungkol sa SUD para sa layunin ng mga legal na paglilitis na tinukoy sa ibaba.

Piliin ang uri ng (mga) legal na paglilitis na pinahihintulutan mo para sa paggamit at pagsisiwalat ng iyong impormasyong pangkalusugan tungkol sa SUD.

☐ Kriminal ☐ Sibil ☐ Lehislatibo ☐ Administratibo

Kung available, tukuyin ang karagdagang impormasyon (hal., numero ng kaso) na may kaugnayan sa (mga) legal na paglilitis kung saan mo pinahihintulutan ang paggamit at pagsisiwalat ng iyong impormasyong pangkalusugan tungkol sa SUD.

____

I. IMPORMASYON NG KLIENTE		
Pangalan (Apelyido, Pangalan, at Gitnang Pangalan):	Petsa ng Kapanganakan:	# ng Medi-Cal:
E-mail Address: Sa pamamagitan ng pagbibigay ng iyong e-mail address, pinahihintulutan mo ang SAPC at ang Network ng Provider ng SAPC na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng e-mail.	Numero ng Telepono:	Huling 4 na Numero ng SSN:
Address:		# ng Sage ID:

II. MGA ENTIDAD NA PINAHIHINTULUTANG MAGBAHAGI NG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN

Pinahihintulutan ko ang aking (mga) kasalukuyan at dating provider na nagbibigay ng paggamot na kabilang sa Network ng Provider ng SAPC na ibahagi ang aking protektadong impormasyong pamgkalusugan tungkol sa SUD sa panlabas na (mga) legal na entidad/indibidwal na tinukoy sa seksyong ito para sa (mga) legal na paglilitis na nakasaad sa itaas.

Tukuyin ang (mga) legal na entidad/indibidwal sa (mga) espasyong ibinigay sa ibaba. Kung kailangan ng karagdagang espasyo, mangyaring maglakip ng pahina na may nakalistang mga entidad sa dulo ng form ng pahintulot na ito.

1. Pangalan ng Entidad: ____

   Address: ____

   Numero ng Telepono: ______________________ # ng Fax: __________________

   Email: ______________________________ Website: __________________

2. Pangalan ng Entidad: ____

   Address: ____

   Numero ng Telepono: ______________________ # ng Fax: __________________

   Email: ______________________________ Website: __________________

3. Pangalan ng Entidad: ____________________

Address: ____________________

Numero ng Telepono: ____________________ # ng Fax: ____________________

Email: ____________________ Website: ____________________

III. SAKLAW NG PAGSISIWALAT

Pinahihintulutan ko ang mga entidad na nakasaad sa Seksyon II na ibahagi ang protektadong impormasyong pangkalusugan na tinukoy sa ibaba.

Pumili ng isa sa mga opsyon sa ibaba.

☐ Ang aking buong rekord sa kalusugan

☐Iba pa: ____________________

Tukuyin ang impormasyong pinahihintulutan mong gamitin at isiwalat.

IV. IBA PANG MAHALAGANG IMPORMASYON

Sa pamamagitan ng pagpirma sa form ng Pahintulot na ito, nauunawaan ko na:

- **Pag-expire ng Pahintulot -** Mananatiling may bisa ang Awtorisasyon na ito hangga't tumatanggap ako ng mga serbisyo mula sa Netwrok ng Provider ng SAPC, maliban kung babawiin ito.
- Ang aking mga rekord tungkol sa paggamot para sa pag-inom ng alak at/o paggamit ng ipinagbabawal na gamot ay protektado sa ilalim ng mga Pederal na regulasyon hinggil sa Pagiging Kumpidensyal ng mga Rekord ng Pasyente sa Pag-aabuso sa Paggamit ng Ipinagbabawal na Gamot, 42 C.F.R. Part 2, at ng Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Parts 160 at 164. Hindi maaaring isiwalat ang mga rekord na ito nang wala ang aking nakasulat na pahintulot, maliban kung pinahihintulutan ng mga naturang regulasyon.
- Ang Pahintulot na ito ay boluntaryo, at hindi ko kailangang pirmahan ang form ng Pahintulot na ito upang makatanggap ng paggamot, mag-enroll sa mga serbisyo, o para sa pagbabayad sa aking pangangalagang pangkalusugan.
- May karapatan akong makatanggap ng kopya ng form ng Pahintulot na ito. Ang kopya ng form ng Pahintulot na ito ay may parehong bisa tulad ng sa orihinal.
- **Mga Limitasyon para sa Muling Pagsisiwalat ng Impormasyon -** Ang impormasyong isiniwalat ay hindi maaaring muling isiwalat para gamitin sa mga sibil, kriminal, administratibo, at lehislatibong paglilitis laban sa kliyente nang walang karagdagang form ng Pahintulot na para lamang sa layuning ito at naaayon sa mga kinakailangan ng 42 C.F.R. Part 2.
- May karapatan akong bawiin ang Pahintulot na ito anumang oras, sa pamamagitan ng sulat o sa personal sa aking provider na nagbibigay ng paggamot para sa paggamit ng ipinagbabawal na substance, maliban sa mga pagkakataong ang aking provider o iba pang legal na may hawak ng impormasyon ay nakagawa na ng aksyon batay sa pahintulot na ito. Maaari kong gamitin ang seksyon ng Pagbawi ng Pahintulot (Revocation of Consent) sa form ng Pahintulot na ito upang wakasan ang form ng Pahintulot na ito sa pamamagitan ng sulat. Kapag natanggap na ang aking Pagbawi ng Pahintulot, babawiin ng aking provider o ng SAPC ang Pahintulot para sa pagpapalabas ng impormasyon sa hinaharap. Nauunawaan ko na hindi na maaaring mabawi ang mga impormasyong naisiwalat bago ko bawiin ang form ng Pahintulot na ito, at ang mga entidad na pinagbigyan ng mga naturang impormasyon ay hindi obligadong isauli o itapon ang mga impormasyong naisiwalat.

V. PIRMA NG KLIYENTE O LEGAL NA KINATAWAN

Sa pagpirma sa ibaba, kinikilala ko na nabasa ko ang form ng Pahintulot at nauunawaan ko na ang aking pirma ay nagpapahintulot sa pagsisiwalat ng aking impormasyong pangkalusugan gaya ng inilalarawan sa form na ito. Nauunawaan ko na ang pagpirma sa form na ito ay boluntaryo at may karapatan akong tumangging pumirma.

Pangalan at Pirma ng Kliyente o Legal na Kinatawan ng Kliyente:

Kung hindi makapagsulat ang kliyente, maaari silang maglagay ng marka sa linya ng pirma. Ang pagpirma gamit ang marka ay nangangailangan ng dalawang saksi. Dapat isulat ng isang saksi ang pangalan ng kliyente sa linyang itinalaga para sa pangalan ng kliyente at isulat ang kanilang sariling pangalan at pumirma sa isa sa mga itinalagang espasyo para sa saksi sa ibaba. Dapat isulat ng pangalawang saksi ang kanyang pangalan at pumirma sa nakatalagang espasyo para sa isa pang saksi upang kilalanin ang pirma ng kliyente na ginawa bilang marka.

______________________________ I-print ang Pangalan (Una, Gitna, at Apelyido)

______________________________ Pirma

______ / ______ / ______
Buwan Araw Taon

Kung pinirmahan ng Legal na Kinatawan ng Kliyente, isaad ang relasyon at awtoridad na gawin ito:

____

Kung hindi makapagsulat ang kliyente at naglagay siya ng marka bilang kanyang pirma sa itaas, kinakailangang kumpletuhin ng dalawang saksi ang seksyon para sa mga saksi sa pamamagitan ng pagsulat ng kanilang mga pangalan at pagpirma sa ibaba.

1. ______________________________ I-print ang Pangalan ng Saksi (Una, Gitna, at Apelyido)

   ______________________________ Pirma

2. ______________________________ I-print ang Pangalan ng Saksi (Una, Gitna, at Apelyido)

   ______________________________ Pirma

VI. ABISO NA KASAMA NG MGA PAGSISIWALAT

Ang rekord na ito na isiniwalat sa iyo ay protektado ng mga Pederal na panuntunan sa pagiging kumpidensyal (42 CFR part 2). Ipinagbabawal ng mga panuntunang ito ang paggamit o pagsisiwalat ng rekord na ito, o ng anumang testimonya na naglalarawan sa impormasyong nakapaloob sa rekord na ito, sa anumang sibil, kriminal, administratibo, o lehislatibong paglilitis na isinasagawa ng anumang Pederal, Estado, o lokal na awtoridad laban sa pasyente, maliban kung pinahintulutan ito sa pamamagitan ng pahintulot ng pasyente, maliban kung nakasad sa 42 CFR 2.12(c)(5) o pinahintulutan ng hukuman alinsunod sa 42 CFR 2.64 o 2.65. Bukod dito, ipinagbabawal ng mga Pederal na panuntunan ang anumang iba pang paggamit o pagsisiwalat ng rekord na ito maliban kung nalalapat ang kahit isa sa mga sumusunod:

(i) Ang karagdagang paggamit o pagsisiwalat ay hayagang pinahihintulutan sa pamamagitan ng nakasulat na pahintulot ng indibidwal na kung saan isisiwalat ang impormasyon sa rekord na ito, o pinahihintulutan sa ibang paraan alinsunod sa 42 CFR part 2.

(ii) Isa kang nasasaklaw na entidad (covered entity) o kasamahan sa negosyo (business associate) at natanggap mo ang rekord para sa paggamot, pagbabayad, o mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan, o

(iii) Natanggap mo ang rekord mula sa isang nasasaklaw na entidad o kasamahan sa negosyo alinsunod sa 45 CFR Part 164, Subpart A at E.

Ang pangkalahatang awtorisasyon para sa pagpapalabas ng medikal o iba pang impormasyon ay HINDI sapat upang matugunan ang mga kinakailangang elemento ng nakasulat na pahintulot para sa karagdagang paggamit o muling pagsisiwalat ng rekord (tingnan ang 42 CFR 2.31).

VII. PAGBAWI NG PAHINTULOT

May karapatan akong bawiin ang form ng Pahintulot na ito anumang oras sa pamamagitan ng pagkumpleto sa seksyong ito at pagpapadala sa pamamagitan ng koreo o sa personal na pagsusumite ng aking Pagbawi ng Pahintulot sa aking provider na nagbibigay ng paggamot para sa paggamit ng ipinagbabawal na substance, maliban sa mga pagkakataong ang aking provider o ibang legal na may hawak ng impormasyon ay nakagawa na ng aksyon batay sa nasabing pahintulot.

Address ng Ahensya ng Provider na Nagbibigay ng Paggamot para sa Paggamit ng Ipinagbabawal na Substance:

Pangalan ng Organisasyon: ______________________________

Address ng Kalye (Linya 1): ______________________________

Address ng Kalye (Linya 2: Apt/Suite/Yunit): ____________________

Lungsod, Estado, at Postal Code: __________________________

Kapag natanggap na ang aking Pagbawi ng Pahintulot, babawiin ng aking provider ang form ng Pahintulot para sa pagpapalabas ng impormasyon sa hinaharap. Ang mga pagsisiwalat na ginawa bago matanggap ang pagbawi ay hindi na mababawi.

Sa pamamagitan ng pagpirma sa ibaba, binabawi ko ang aking Pahintulot para sa anumang pagpapalabas ng impormasyon sa hinaharap. Nauunawaan ko na ang anumang pagsisiwalat na ginawa bago matanggap ang pagbawi na ito ay hindi na maaaring bawiin o mabawi.

Pangalan at Pirma ng Kliyente o Legal na Kinatawan ng Kliyente:

Kung hindi makapagsulat ang kliyente, maaari silang maglagay ng marka sa linya ng pirma. Ang pagpirma gamit ang marka ay nangangailangan ng dalawang saksi. Dapat isulat ng isang saksi ang pangalan ng kliyente sa linyang itinalaga para sa pangalan ng kliyente at isulat ang kanilang sariling pangalan at pumirma sa isa sa mga itinalagang espasyo para sa saksi sa ibaba. Dapat isulat ng pangalawang saksi ang kanyang pangalan at pumirma sa nakatalagang espasyo para sa isa pang saksi upang kilalanin ang pirma ng kliyente na ginawa bilang marka.

______________________________ ______________________________ ________ / ________ / ________
I-print ang Pangalan (Una, Gitna, at Apelyido) Pirma Buwan Araw Taon

Kung pinirmahan ng Legal na Kinatawan ng Kliyente, isaad ang relasyon at awtoridad na gawin ito:

____

Kung hindi makapagsulat ang kliyente at naglagay siya ng marka bilang kanyang pirma sa itaas, kinakailangang kumpletuhin ng dalawang saksi ang seksyon para sa mga saksi sa pamamagitan ng pagsulat ng kanilang mga pangalan at pagpirma sa ibaba.

1. ______________________________ 2. ______________________________
I-print ang Pangalan ng Saksi (Una, Gitna, at Apelyido) I-print ang Pangalan ng Saksi (Una, Gitna, at Apelyido)

______________________________ ______________________________
Pirma Pirma

Ang mga kliyenteng direktang nagsumite sa SAPC ng Form ng Pahintulot sa Pagpapalabas ng Impormasyon ay maaaring magsumite pabalik ng nakumpletong Form ng Pahintulot para sa Pagbawi sa pamamagitan ng secure na email o koreo sa address na nakalista sa ibaba. Dapat isama ang kopya ng kanilang opisyal na pagkakakilanlan na inisyu ng pamahalaan upang mapatunayan ang pagiging lehitimo ng kahilingan.

Address na Padadalhan ng SAPC
Substance Abuse Prevention and Control
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Email Address:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Mangyaring tandaan: Ang mga kahilingan para sa pagbawi ng pahintulot na isinumite sa SAPC mula sa mga kliyenteng hindi direktang kumumpleto ng form ng Pahintulot sa Pagpapalabas ng Impormasyon sa SAPC, o mga kahilingang isinumite nang walang kopya ng valid na ID na inisyu ng pamahalaan, ay hindi ipoproseso.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

Paano punan ang Form ng Pahintulot para sa Legal na Paglilitis ng SAPC

Layunin ng Pahintulot at Pagsisiwalat (Itaas ng Form)

Tinutukoy ng seksyong ito **kung anong uri ng legal na paglilitis** ang pinahihintulutan mong paggamitan ng iyong impormasyon tungkol sa SUD.

Hakbang 1 — Piliin ang (mga) uri ng legal na paglilitis

Piliin ang kategoryang tumutugma sa legal na usapin kung saan gagamitin ang iyong impormasyon sa SUD.
Lagyan ng tsek ang isa o higit pa sa mga sumusunod:

- ☐ **Kriminal**
- ☐ **Sibil**
- ☐ **Lehislatibo**
- ☐ **Administratibo**

Hakbang 2 — Magdagdag ng karagdagang detalye (kung available)

Sa blangkong linya sa ibaba ng mga checkbox, isulat ang anumang impormasyong makatutulong upang makilala ito, tulad ng:

- **Numero ng kaso**
- **Departamento ng hukuman**
- **Numero ng file ng ahensya**
- **Petsa ng pagdinig**
- **Pangalan ng imbestigador o abogado**

Kung wala ka ng impormasyong ito, maaari mo itong iwanang blangko.

Seksyon I — Impormasyon ng Kliyente

Punan ang iyong personal na impormasyon upang matukoy nang tama ng SAPC at ng iyong mga provider ang iyong record.

1. **Pangalan:** Isulat ang iyong buong legal na pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Pangalan).
2. **Petsa ng Kapanganakan:** Gamitin ang MM/DD/YYYY.
3. **# ng Medi-Cal:** Ilagay ang iyong numero sa Medi-Cal, kung mayroon ka nito.
4. **Email Address:** Ilagay ang email address na regular mong ginagamit/tinitingnan.
5. **Numero ng Telepono:** Pinakamainam na numero ng telepono kung saan ka maaaring makontak.
6. **Huling 4 na Digit ng SSN:** Ilagay lamang ang huling apat na digit ng iyong Social Security Number. Kung wala kang SSN o hindi mo alam kung ano ang iyong SSN, mangyaring iwanan itong blangko.
7. **Address:** Ang iyong kasalukuyang address na padadalhan.
8. **# ng Sage ID:** Ibigay ang iyong numero ng medikal na record sa Sage EHR, kung alam mo. Kung hindi alam, iwanan itong blangko o itanong sa iyong provider.

Seksyon II — Mga Entidad na Awtorisadong Magbahagi ng Impormasyong Pangkalusugan

Tinutukoy ng seksyong ito **kung sino ang maaaring tumanggap ng iyong impormasyon sa SUD** para sa (mga) legal na paglilitis na iyong pinili.

Hakbang 1 — Basahin ang pahayag ng awtorisasyon

Ipinapaliwanag nito na ang iyong kasalukuyan at mga dating provider na nagbibigay ng paggamot sa SAPC ay maaaring magbahagi ng iyong impormasyon tungkol sa SUD sa mga legal na entidad na iyong inilista.

Hakbang 2 — Ilista ang bawat legal na entidad o indibidwal

Para sa bawat legal na partido na kasangkot sa iyong kaso, punan ang:

- **Pangalan ng Entidad** (hal., “Mataas na Hukuman ng Los Angeles,” “Departamento ng Probasyon,” “Abogado John Smith,” “Court Liaison para sa DMH”)
- **Address** (buong address na padadalhan)
- **Numero ng Telepono** (may area code)
- **Numero ng Fax** (kung alam)
- **Email** (kung alam)
- **Website** (opsyonal)

Hakbang 3 — Magdagdag ng karagdagang pahina kung kinakailangan
Kung mayroon kang higit sa tatlong entidad, maglakip ng hiwalay na sheet na naglilista ng mga natitirang entidad.

Seksyon III — Saklaw ng Pagsisiwalat
Tinutukoy ng seksyong ito kung **anong impormasyon** ang maaaring gamitin o isiwalat.

Hakbang 1 — Pumili ng isang opsyon
- ☐ **Ang aking buong rekord sa kalusugan** Piliin ito kung gusto mong maging available ang iyong buong rekord sa SUD para sa legal na paglilitis.
- ☐ **Iba pa:** Piliin ito kung gusto mong limitahan ang ibabahaging impormasyon.

Hakbang 2 — Kung pipiliin ang "Iba pa," eksaktong tukuyin kung ano ang maaaring isiwalat
Maging espesipiko hangga't maaari upang malaman ng mga provider kung ano ang pinahihintulutan.
Mga halimbawa:
- "Mga petsa ng paggamot lamang"
- "Pagtatasa at diagnosis lamang"
- "Listahan ng gamot"
- "Katibayan ng pakikilahok sa programa"
- "Mga ulat ng progreso lamang"

Seksyon IV — Iba Pang Mahalagang Impormasyon
Hindi mo kailangang magsulat ng anuman sa seksyong ito. Basahin nang mabuti ang bawat subsection.
- **Pag-expire:** Mananatiling aktibo ang iyong Pahintulot hanggang sa bawiin mo ito.
- **Mga Proteksyon:** Ang iyong mga rekord ay protektado ng mga pederal na batas sa ilalim ng **42 CFR Part 2** at **HIPAA**.
- **Karapatang Hindi Pumirma:** Maaari kang tumangging pumirma, ngunit hindi ilalabas ang iyong mga rekord.
- **Karapatan na Makakuha ng Kopya:** Maaari kang humiling ng kopya ng pinirmahang pahintulot.
- **Mga Legal na Proteksyon:** Hindi maaaring gamitin ang iyong impormasyon sa mga legal na paglilitis nang walang hiwalay na pahintulot.
- **Karapatan sa Pagbawi:** Maaari mong bawiin ang pahintulot na ito anumang oras. Ang impormasyong naibahagi na ay hindi na mababawi.

Seksyon V — Pirma ng Kliyente o Legal na Kinatawan
Dito mo pormal na pinahihintulutan ang pagpapalabas ng impormasyon.
1. **I-print ang Pangalan:** Ang iyong buong legal na pangalan.
2. **Pirma:** Pumirma gamit ang iyong pangalan.
   a. Kung hindi ka makapagsulat, maaari kang pumirma gamit ang isang marka.
   b. Kung pipirma sa pamamagitan ng marka, dapat kumpletuhin ng **dalawang saksi** ang seksyon ng saksi.
3. **Petsa:** Ilagay ang petsa ng pagpirma.
4. **Kung pinirmahan ng isang Legal na Kinatawan:**
   a. Isaad ang relasyon (hal., magulang, tagapag-alaga, atbp.).
   b. Isaad ang awtoridad (hal., utos ng hukuman, conservatorship, atbp.)
5. **Seksyon ng Saksi** ***(kung ang kliyente ay pipirma sa pamamagitan ng marka lamang)***
   Dapat gawin ng dalawang saksi ang:
   - Malinaw na i-print ang kanilang mga pangalan
   - Pumirma gamit ang kanilang mga pangalan

Kung pipirma ang isang **legal na kinatawan**, dapat nilang isaad ang kanilang relasyon at legal na awtoridad. Kung **pipirma ang kliyente gamit ang isang marka**, dapat i-print at pumirma ang dalawang saksi gamit ang kanilang mga pangalan.

Seksyon VI — Abiso na Kasama ng mga Pagsisiwalat
Ito ang kinakailangang abiso tungkol sa pagiging kumpidensyal alinsunod sa 42 CFR Part 2 na kasama ng iyong impormasyon. Walang kinakailangang isulat sa seksyong ito. Ang Abiso na Kasama ng mga Pagsisiwalat ay isang abiso tungkol sa pagiging kumpidensyal na kasama ng mga rekord na inilalabas alinsunod sa pahintulot na ibinigay sa pamamagitan ng pagpirma sa form na ito. Ipinapaalam ng abiso tungkol sa pagiging kumpidensyal sa tatanggap ng mga rekord na protektado ang mga rekord na natatanggap niya sa ilalim ng mga batas ng Estado at Pederal tungkol sa pagiging kumpidensyal at hindi maaaring ibahagi sa ibang mga entidad na hindi awtorisado ng form ng pahintulot na ito.

Seksyon VII — Pagbawi ng Pahintulot

Kumpletuhin **lamang ang seksyong ito kung nais mong bawiin ang iyong pahintulot (ibig sabihin, sa hinaharap)**.

Hakbang 1 — Impormasyon ng Provider

Punan ang sumusunod para sa provider na nagbibigay ng paggamot:

- **Pangalan ng Organisasyon**
- **Kumpletong address na padadalhan**

Hakbang 2 — Pirma ng Pagbawi

1. **I-print ang iyong pangalan**
2. **Pumirma gamit ang iyong pangalan (o gumawa ng marka**).
3. **Lagyan ng petsa ang pagbawi (MM/DD/YYYY**)
4. Kung pipirma **ang isang legal na kinatawan, isaad ang relasyon at awtoridad** na gawin ito
5. Kung direktang magsusumite sa SAPC, mangyaring **magsama ng kopya ng iyong ID** na inisyu ng pamahalaan upang mapatunayan ang iyong pagkakakilanlan

Hakbang 3 — Mga Saksi (kung pipirma sa pamamagitan ng marka)

Dapat i-print at pirmahan ng dalawang saksi gamit ang kanilang mga pangalan.

Hakbang 4 — Isumite ang pagbawi

Kung orihinal mong direktang isinumite ang pahintulot sa SAPC, maaari mong ipadala ang pagbawi:

- **Sa pamamagitan ng secure na email** sa SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (dapat magsama ng kopya ng iyong ID na inisyu ng pamahalaan)
- **Sa pamamagitan ng koreo** sa address ng SAPC na nakalista sa form

Mangyaring ipadala ang mga pagbawi sa iyong provider, ahensya, o sa SAPC gamit ang mga tagubilin sa form.

Mga Karagdagang Kahulugan

Awtorisasyon / Pahintulot

Isang nakasulat at pinirmahang dokumento na tumutugon sa lahat ng kinakailangan ng 42 CFR Part 2, kabilang ang:

- Layunin ng pagsisiwalat
- Sino ang maaaring magsiwalat
- Sino ang maaaring tumanggap
- Anong impormasyon ang maaaring ibahagi
- Pag-expire
- Pirma at petsa

Ang bawat form ng SAPC ROI ay idinisenyo upang matugunan ang mga kinakailangang ito para sa partikular na layunin nito

Koordinasyon ng Pangangalaga

Komunikasyon at pakikipagtulungan sa pagitan ng mga provider upang suportahan ang paggamot, mga referral, pamamahala ng kaso, at pagpapatuloy ng pangangalaga ng isang kliyente.

Kliyente

Ang indibidwal na tumatanggap ng mga serbisyo para sa sakit sa paggamit ng ipinagbabawal na substance (substance use disorder, SUD). Ang kliyente ay ang taong maaaring ibahagi ang kanyang protektadong impormasyon sa kalusugan (protected health information, PHI) kapag pumirma siya ng isang ROI.

Entidad

Anumang organisasyon, ahensya, provider, hukuman, abogado, o indibidwal na awtorisadong tumanggap o magsiwalat ng impormasyon tungkol sa SUD. Mga halimbawa: Mga provider ng SAPC, DHCS, Mga Managed Care Plan, hukuman, probasyon, provider ng pangunahing pangangalaga.

Mga Legal na Paglilitis

Anumang kriminal, sibil, administratibo, o lehislatibong proseso kung saan maaaring hilingin o gamitin ang impormasyon tungkol sa SUD laban sa kliyente. Mga halimbawa: mga pagdinig sa hukuman, probasyon, kaso sa kapakanan ng bata, pagdinig sa pagtukoy ng benepisyo para sa social security.

Legal na Kinatawan

Isang taong legal na awtorisadong gumawa ng mga desisyon para sa kliyente. Mga halimbawa:

- Conservator na itinalaga ng hukuman

- Legal na tagapag-alaga
- Magulang ng isang menor de edad Maaari lamang silang pumirma sa ROI kapag mayroon silang dokumentadong legal na awtoridad.

Pamantayan ng Pinakakaunting Kinakailangang Impormasyon

Sa ilalim ng mga kahulugan ng HIPAA, ang pinakakaunting dami ng impormasyong kinakailangan upang matupad ang layunin ng pahintulot ang maaaring ibahagi.

Pagbabayad at mga Operasyon para sa Pangangalagang Pangkalusugan

Mga administratibong aktibidad na kinakailangan para sa pagsingil, pagbabayad, o pamamahala ng mga serbisyo para sa SUD, kabilang ang:

- Pagsingil sa Medi-Cal
- Mga pagsusuri sa pagiging kwalipikado
- Pagsusuri sa paggamit
- Pagpapabuti ng kalidad
- Mga pag-audit at pagsusuri sa pagsunod

Muling pagsisiwalat (Redisclosure)

Anumang pagbabahagi ng impormasyon ng SUD pagkatapos ng paunang pagsisiwalat. Sa ilalim ng 42 CFR Part 2, **pinahihintulutan** ang muling pagsisiwalat, maliban sa mga legal na paglilitis.

PAGBAWI NG PAHINTULOT

May karapatan ang kliyente na bawiin ang kanilang pahintulot anumang oras. Ang pagbawi ng pahintulot ay hindi maaaring magpawalang-bisa sa mga nakaraang pagsisiwalat na nagawa na noong umiiral pa ang pahintulot. Ang pagbawi ay dapat na nakasulat o nakumpleto gamit ang seksyon ng pagbawi ng form ng ROI.

Third-Party na Tagapagbayad

Anumang entidad na responsable sa pagbabayad o pag-reimburse ng mga serbisyo ng SUD maliban sa kliyente mismo. Mga halimbawa: Medi-Cal, DHCS, Mga Managed Care Plan, pribadong seguro.

Provider na Nagbibigay ng Paggamot / Network ng Provider ng SAPC

Anumang programa para sa paggamot ng SUD na may kontrata sa SAPC ng LA County, kabilang ang mga programa para sa outpatient, residensyal, OTP, withdrawal management, at suporta sa paggaling.

Saksi

Isang taong nag-oobserba sa paglagda ng kliyente sa ROI **gamit ang marka** (kapag hindi makapirma ang kliyente). Dalawang (2) saksi ang dapat mag-print at pumirma ng kanilang mga pangalan upang ituring na valid ang marka.