



Pahintulot sa Paglalabas ng Impormasyon

Mangyaring magbigay ng 7 hanggang 10 araw ng trabaho para ma-proseso ang mga kahilingan.

Pangalan ng Pasyente: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Address: _____ Lungsod: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telepono: _____ Social Security #: _____

Ilabas ang Mga Tala MULA KAY:

Pangalan: _____

Address: _____

ng Telepono: _____ Fax #: _____

Ilabas ang Mga Tala KAY:

Pangalan: _____

Address: _____

ng Telepono: _____ Fax #: _____

Impormasyong Iilabas:

<input type="checkbox"/> Kumpletong Medikal na Tala (Nakaraang 2 Taon)	<input type="checkbox"/> Mga Tala sa Progreso	<input type="checkbox"/> Mga Dental na Tala
<input type="checkbox"/> Colonoscopy (Nakaraang 10 Taon)	<input type="checkbox"/> Mga Ulat ng Laboratoryo	<input type="checkbox"/> Iba pa (Tukuyin sa Ibaba)
<input type="checkbox"/> Pap Smear (Nakaraang 5 Taon)	<input type="checkbox"/> Mga Ulat ng Radiology	_____
<input type="checkbox"/> Mammogram (Nakaraang 2 Taon)	<input type="checkbox"/> Listahan ng Mga Gamot	_____
<input type="checkbox"/> Kumpletong Tala ng Immunization	<input type="checkbox"/> (Mga) Pisikal na Form	Mga Petsa ng Serbisyo: _____ Kay: _____

Paraan ng Paglalabas: Pick-Up Fax Koreo Berbal Email: _____

Kung gusto mong maisiwalat ang alinman sa mga sumusunod na sensitibong impormasyon, dapat mong lagyan ng tsek ang mga naaangkop sa ibaba at lumagda:

<input type="checkbox"/> Paggamot sa Labis na Pag-inom ng Alak/Paggamit ng Droga	<input type="checkbox"/> Kalusugang Pangkaisipan/Pangkagawian
<input type="checkbox"/> Mga Nakakahawang Sekswal na Karamdaman	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS

Nauunawaan ko na ang impormasyon sa aking tala sa kalusugan ay maaaring maglaman ng impormasyon tungkol sa diagnosis at paggamot sa HIV/AIDS, mga nakakahawang sekswal na karamdaman, labis na pag-inom ng alak/paggamit ng droga, at kalusugang pangkaisipan/pangkagawian.

Lagda ng Pasyente/Legal na Tagapag-alaga

Petsa

- Nauunawaan ko na kapag na-isiwalat ang impormasyong ito, maaari itong maikalat at maaaring hindi na maprotektahan ng Mga Pederal na Regulasyon sa Privacy.
- Nauunawaan ko na may karapatan akong bawiin ang pahintulot sa KCHC **NANG NAKASULAT**, anumang oras. Nauunawaan ko na ang pagbawi ay hindi mailalapat sa impormasyong nailabas na alinsunod sa pahintulot na ito.
- Nauunawaan ko na ang pahintulot na ito ay awtomatikong mapa-paso sa loob ng 12 buwan mula sa petsa ng paglagda o mas maaga kung binawi ko nang nakasulat.

Lagda ng Pasyente, Magulang o Legal na Kinatawan

Petsa

I-print ang Pangalan

Relasyon sa Pasyente

Saksi

Petsa

**PARA SA OPISYAL NA
PAGGAMIT LAMANG**

Tinanggap Ni: _____
Humihiling na Provider:

Petsa: _____

Ang Kahilingan ay Nakumpleto Ni: _____

Petsa: _____

Nirebisa noong 12/2022