



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 Ilalabas:

_____ Kumpletong Medikal na Tala (Nakaraang 2 Taon) _____ Mga Tala sa Progreso _____ Mga Dental na Tala
_____ Colonoscopy (Nakaraang 10 Taon) _____ Mga Ulat ng Laboratoryo _____ Iba pa (Tukuyin sa Ibaba)
_____ Pap Smear (Nakaraang 5 Taon) _____ Mga Ulat ng Radiology
_____ Mammogram (Nakaraang 2 Taon) _____ Listahan ng Mga Gamot
_____ Kumpletong Tala ng Immunization _____ (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:

_____ Paggamot sa Labis na Pag-inom ng Alak/Paggamit ng Droga _____ Kalusugang Pangkaisipan/Pangkagawian
_____ Mga Nakakahawang Sekswal na Karamdaman _____ HIV/AIDS
_____ Kalusugan ng Reproduktibo

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: _____
Humihilina na Provider: _____

Petsa: _____

Ang Kahilingan ay Nakumpleto Ni: _____

Petsa: _____

Nirebisa noong 12/2024