

SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY **KARANIWANG FORM NG PAGSISIWALAT AT AWTORISASYON**

Iniaatas ng pederal na batas sa San Francisco Health Plan (SFHP) na protektahan ang pagkapribado ng impormasyong nakakatukoy sa inyo at nauugnay sa mga kondisyon ng kalusugan ng inyong katawan at pag-iisip (“protektadong impormasyon ng kalusugan”) sa nakaraan, kasalukuyan at hinaharap.

Ang pagkumpleto sa form na ito ay nagbibigay-awtorisasyon sa paggamit/pagsisiwalat ng protektadong impormasyon ng kalusugan, tulad ng nakasaad sa ibaba, nang naaayon sa batas ng California at batas pederal kaugnay ng pagkapribado ng naturang impormasyon. **Ang hindi pagbibigay ng *lahat* ng hinihinging impormasyon ay maaaring dahilan para hindi maging balido ang awtorisasyong ito.**

ABISO SA MGA KARAPATAN AT IBA PANG IMPORMASYON

- Maaari akong tumanggap lumagda sa awtorisasyon na ito.
- Maaari kong bawiin ang awtorisasyon na ito anumang oras. Ang aking pagbawi ay kailangang nakasulat, nilagdaan ko o nilagdaan para sa akin, at ipapadala sa sumusunod na address:
San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
- Ang aking pagbawi ay magkakaroon ng bisa pagkatanggap ng SFHP. Gayunpaman, ang pagbawi ay hindi magkakaroon ng bisa sa hangganang ang SFHP o iba pa ay kumilos nang nakabatay sa awtorisasyon na ito matapos ang petsa ng pagkakaroon ng bisa ng awtorisasyon at bago ang petsa ng pagbawi.
- May karapatan akong tumanggap ng kopya nitong awtorisasyon kapag hiningi ko sa pamamagitan ng sulat.
- Hindi ibabatay ang paggamot, bayad, pagpapatala o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo sa aking pagbibigay ng o pagtanggap ibigay ang awtorisasyon na ito.
- Ang impormasyong naibunyag alinsunod sa awtorisasyong ito ay maaaring ibunyag muli ng tumanggap at maaaring hindi na protektado ng mga pederal na batas sa pagkakompidensiyal. Gayunpaman, pinagbabawalan ng batas ng California ang isang tao na tumanggap ng aking protektadong impormasyon ng kalusugan na isiwalat pa ito sa iba maliban kung makuha ang isa pang awtorisasyon para sa naturang pagsisiwalat mula sa akin o maliban kung ang naturang pagsisiwalat ay partikular na iniaatas o pinahihintulutan ng batas.
- Maaari kong inspeksyunin o kumuha ng kopya ng protektadong impormasyon ng kalusugan na gagamitin o isisiwalat sa ilalim ng awtorisasyon na ito, kapag may nakasulat na kahilingan sa SFHP.
- Nauunawaan ko at sumasang-ayon ako na ang awtorisasyong ito ay magpapatuloy na may bisa basta’t nakatala ako sa SFHP, napapasailalim sa lahat ng iba pang parametrong tinutukoy sa awtorisasyong ito, kabilang ang petsa ng pagkawala ng bisa at ang aking karapatang bawiin ang awtorisasyong ito anumang oras.

Pagkatapos lumagda, mangyaring gumawa ng kopya ng awtorisasyong ito para sa inyong mga record at pagkatapos ay ipadala sa koreo o i-fax sa:

**San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
Fax: 1(415) 547-7825**

PAGGAMIT AT PAGSISIWALAT NG PROTEKTADONG IMPORMASYON NG KALUSUGAN

Sa pamamagitan nito pinahihintulutan ko ang paggamit/pagsisiwalat ng aking protektadong impormasyon ng kalusugan ayon sa sumusunod:

Mga Demograpiko ng Miyembro:

Pangalan: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

Address: _____

Lungsod, Estado, Zip: _____ # ng Telepono: _____

Planong Pangkalusugan: _____ ID #: _____

Mga tao/organisasyon na awtorisadong *magsiwalat* sa protektadong impormasyon ng kalusugan:
San Francisco Health Authority d/b/a San Francisco Health Plan

Mga tao/organisasyon na awtorisadong *tumanggap* sa protektadong impormasyon ng kalusugan: _____

Layunin ng hininging paggamit/pagsisiwalat: _____

Ang awtorisasyong ito ay nauukol sa sumusunod na protektadong impormasyon ng kalusugan (piliin *lamang* ang isa sa sumusunod):

- Lahat ng protektadong impormasyon ng kalusugan na nauukol sa anumang medikal na kasaysayan, kondisyon ng pag-iisip o katawan at paggamot na natanggap.
- Lahat ng protektadong impormasyon ng kalusugan na nauukol sa anumang medikal na kasaysayan, kondisyon ng pag-iisip o katawan at paggamot na natanggap, maliban sa: _____
- Tanging ang sumusunod na mga record o uri ng protektadong impormasyon ng kalusugan (kabilang ang anumang petsa):

PETSA NG PAGKAKAROON AT PAGKAWALA NG BISA

Magkakaroon ng bisa ang awtorisasyon na ito sa _____ at mawawalan ng bisa sa _____.

LAGDA NG MIYEMBRO/PERSONAL NA KINATAWAN

Petsa: _____ Oras: _____ AM/PM

Lagda: _____
(Miyembro/Personal na Kinatawan)

Kung nilagdaan ng isang tao bukod sa miyembro, i-print ang inyong pangalan sa ibaba at ang inyong legal na relasyon sa miyembro:

Kung mayroon kayong problema sa pandinig, mangyaring tumawag sa linya ng TDD/TTY sa **1(415) 547-7830**, toll-free sa **1(888) 883-7347** o sa pamamagitan ng California Relay Service sa **711**. Maaari ninyong hingin ang dokumentong ito sa mga alternatibong format tulad ng Braille, malalaking letra, at audio. Upang humingi ng iba pang mga format, o para sa tulong sa pagbabasa ng dokumentong ito at iba pang mga babasahin mula sa SFHP, mangyaring tawagan ang Customer Service sa **1(415) 547-7800** o toll-free sa **1(800) 288-5555**.