



**PAHINTULOT NA GAMITIN, IBUNYAG AT ILABAS ANG PROTEKTADONG IMPORMASYON NG KALUSUGAN  
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (TAGALOG)**

Nauunawaan ko ang sumusunod:

- May karapatan akong tumanggap lumagda sa form na ito para sa pahintulot na ibunyag o ilabas ang aking protektadong impormasyon ng kalusugan. Walang magiging masamang epekto ang pagtanggap lagdaan ang pahintulot na ito sa aking kakayahang tumanggap ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o pagsasauli para sa mga serbisyo. Ang tanging sitwasyon kapag tumanggi sa paglagda sa pahintulot na ito na maaaring makaapekto sa aking kakayahan na tumanggap ng mga serbisyo sa pangkalusugang pangangalaga ay kung ang mga serbisyo sa pangkalusugang pangangalaga ay may kaugnayan sa pananaliksik o sa layunin lamang ng pagbibigay ng pangkalusugang impormasyon sa isa at kailangan ang awtorisasyon upang gumawa ng pagbubunyag.
- Maaaring mayroong bayad na kasama sa kahilingang ito.
- Maaaring napapailalim ang impormasyong ginamit o ibinunyag na alinsunod sa pahintulot na ito sa muling pagbubunyag at hindi na napoprotektan sa ilalim ng batas pederal. Gayunman, nauunawaan ko ring batas pederal o estado ang maaaring maghigpit sa muling pagbubunyag ng HIV/AIDS, impormasyong pangkalusugan ng pag-iisip, impormasyon sa genetic na pagsusuri, at diagnosis, panggagamot, o referral na impormasyon para sa pag-abuso sa bawal na gamot/alak.
- May karapatan ako na tumanggap ng isang kopya ng nilagdaang pahintulot na ito.
- Maaari kong bawiin ang pahintulot na ito nang nakasulat ng anumang oras. Kung babawiin ko ang pahintulot na ito, maaaring hindi na magagamit o maibubunyag para sa mga layuning inilarawan sa nakasulat napahintulot ang inilarawan na impormasyon. Ang pagbubukod lang ay kapag gumawa ang Swedish ng pagkilos na umaasa sa awtorisasyon o nakuha ang pahintulot bilang isang kondisyon sa saklaw ng insurance.

Pakisumite ang pahintulot o pagbawing ito sa isa sa mga lokasyong ito kung saan mo natanggap ang pangangalaga:

**Swedish Medical Center**  
Release of Information Department  
747 Broadway, Seattle, WA 98122  
Fax: (206) 320-2626  
Email: ROI@swedish.org

**Swedish Medical Group**  
Centralized Services Department  
800 5th Ave, Suite 800  
Seattle, WA 98104  
Fax: (425) 454-2935

Mahalaga: Hindi na nagpi-print o naglalabas ang Swedish ng mga numero ng social security ng pasyente maliban kung kinakailangan sa pagsingil. Gayunman, maaaring isama ang mga numero ng social security sa impormasyon ng pasyenteng nasa hustong gulang. Maaaring kasama ang numero ng iyong social security sa impormasyong pinahihintulutan mo na ilabas.

Sa pamamagitan nito, walang anumang legal na responsibilidad o pananagutan ang pasilidad, ang mga empleyado, opisyal at manggagamot nito, para sa pagbubunyag ng impormasyong nasa itaas sa paraang nakasaad at pinahihintulutan.

Hindi nagtatangi ang Swedish Health Services at Mga Kasosyo nito sa kanilang mga programa at aktibidad na pangkalusugan batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, o kapansanan.

**ATTENTION:** If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

**注意:** 如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).



PAHINTULOT NA GAMITIN, IBUNYAG AT ILABAS ANG PROTEKTADONG IMPORMASYON NG KALUSUGAN
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (TAGALOG)

Pinahihintulutan ko ang Swedish na gamitin at ibunyag ang isang kopya ng partikular na impormasyong pangkalusugang inilarawan sa ibaba tungkol sa:

Pangalan ng Pasyente: \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_
Address ng Pasyente: \_\_\_\_\_ Telepono: \_\_\_\_\_
Lungsod: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP Code: \_\_\_\_\_
Ibubunyag kay: Sarili O Pangalan ng Tatanggap: \_\_\_\_\_
Address ng Tatanggap: \_\_\_\_\_
Lungsod: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP Code: \_\_\_\_\_
Telepono: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_
Mangyaring ipadala ang aking mga rekord sa pamamagitan ng: MyChart Email Disc
Papal Fax

Humihiling ako ng impormasyon mula sa sumusunod na (mga) pasilidad:

Table with 2 columns: Pangalan ng Ospital (Ilista) at Numero ng Telepono, Pangalan ng Klinika (Ilista) at Numero ng Telepono

Para sa mga petsa mula: \_\_\_\_\_ hanggang: \_\_\_\_\_
Para sa impormasyong may kinalaman sa sumusunod na diagnosis o pinsala: \_\_\_\_\_

Impormasyong ibubunyag:

- Kasaysayan at Pisikal Buod ng Paglabas
Ulat sa Operasyon Ulat ng Departamento ng Emergency
Mga Ulat ukol sa Diagnosis (lab, x-ray, EKG, atbp.) Mga Tala ng Progreso
Iba pa (tukuyin): \_\_\_\_\_

Para sa layunin ng: \_\_\_\_\_

Maliban kung bawiin, mawawalan ng bisa ang pahintulot na ito sa loob ng 180 araw o sa Petsang ito: \_\_\_\_\_

Mga Tuntunin: Angpahintulot n ito, maliban kung ipinahayag na nililimitahan ko nang nakasulat, ay sasaklaw sa lahat ng aspekto ng pagsusuri at/o panggagamot ng seksuwal na nakakahawang mga sakit, AIDS, HIV Infection, pag-abuso ng alak at/o ipinagbabawal na gamot, mga kondisyon ng kalusugang pangkaisipan, o iba pang sensitibong impormasyon.

Lagda ng Pasyente: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_
(I-print ang form at lagdaan sa pamamagitan ng kamay)

Pangalan ng Kinatawan ng Pasyente: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Kinatawan ng Pasyente: \_\_\_\_\_
(I-print ang form at lagdaan gamit ang kamay. Mangyaring ilakip ang mga sumusuportang dokumento.)

Kaugnayan sa Pasyente: \_\_\_\_\_

