Mga Inisyal ng Kliyente: _____ Petsa: _____ / _____ / _____

COUNTY OF LOS ANGELES Public Health

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

KARAGDAGANG AWTORISADONG INDIBIDWAL/ENTIDAD PARA SA PAGLALABAS NG IMPORMASYON SA KALUSUGAN TUNGKOL SA KARAMDAMAN NA MAY KAUGNAYAN SA PAGGAMIT NG IPINAGBABAWAL NA SUBSTANCE (SUBSTANCE USE DISORDER, SUD)

Layunin ng dokumento: Opsyonal ang form na ito at dapat lamang gamitin upang pahintulutan ang karagdagang (mga) indibidwal o entidad, na ibahagi ang iyong protektadong impormasyon sa kalusugan tungkol sa Karamdaman na may Kaugnayan sa Paggamit ng Ipinagbabawal na Substance (Substance Use Disorder, SUD), bukod pa sa mga entidad na kasalukuyang tinukoy sa kalakip na form ng pahintulot sa paglalabas ng impormasyon (release of information, ROI), alinsunod sa pinahihintulutan ng 42 CFR Part 2. Ang layunin, mga limitasyon, at tuntuning nakasaad sa kalakip na form ng ROI ay naaangkop din sa dokumentong ito, kabilang ang petsa ng pagkakaroon ng bisa, petsa o mga tuntunin ng pag-expire, at petsa ng pagbawi ng pahintulot. Dapat kumpletuhin ang form na ito at ilakip sa naaangkop na form ng ROI sa oras ng pagpirma dito. Hindi maaaring idagdag o gamitin ang form na ito sa isang umiiral na form ng ROI.

Mangyaring isaad sa ibaba kung aling form ng ROI ang gusto mong dagdagan ng (mga) awtorisadong indibidwal o entidad:

☐ SAPC ROI para sa Paggamot at Koordinasyon ng Pangangalaga **O** ☐ SAPC ROI para sa mga Legal na Paglilitis

I. IMPORMASYON NG KLIYENTE			
Pangalan (Apelyido, Pangalan, at Gitnang Pangalan):	Petsa ng Kapanganakan:	# ng Medi-Cal:	# ng Sage ID:

II. MGA ENTIDAD NA PINAHIHINTULUTANG MAGBAHAGI NG IMPORMASYONG PANGKALUSUGAN

Gamitin ang mga nakalaang espasyo sa ibaba upang ilagay ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng karagdagang indibidwal at/o entidad na binibigyan mo ng pahintulot na maglabas ng iyong protektadong impormasyon sa kalusugan tungkol sa Karamdaman na may Kaugnayan sa Paggamit ng Ipinagbabawal na Substance (Substance Use Disorder, SUD), alinsunod sa nakasaad sa form ng ROI na kalakip ng form 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: _____
4. Pangalan ng Entidad: _____
   Address: _____
   Numero ng Telepono: _____ # ng Fax: _____
   Email: _____ Website: _____