



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

**PAHINTULOT PARA SA PAGGAMIT O PAGLALAHAD NG
PROTEKTADONG IMPORMASYON SA KALUSUGAN**

1 Pangalan ng Pasyente: _____
 Petsa ng Kapanganakan _____
 ID o Medical Record # _____
 Tirahan: _____

 Tel: _____

2 PAHINTULOT: Nagbibigay ako ng pahintulot kay _____ para gamiting at ilabas kay
 Pangalan ng Tatanggap: _____
 Tirahan: _____
 Phone: _____ Fax: _____

3 LAYUNIN: Ang impormasyong pangkalusugan na inilalahad ay maaari lamang gamitin para sa (mga) sumusunod na layunin:

4 IMPORMASYON NA ILALABAS _____
 Petsa Mula: _____ Hanggang: _____

A. <input type="checkbox"/> Medikal na Rekord	<input type="checkbox"/> Lahat ng impormasyon sa kalusugan (hal. diagnosis, mga resulta ng pagsusuri, paggamot); O <input type="checkbox"/> Mga Larawan at/o Mga film <input type="checkbox"/> Mga ulat <input type="checkbox"/> Pagsingil <input type="checkbox"/> Dental	
B. <input type="checkbox"/> Mga Resulta ng Pagsusuri sa HIV/AIDS (Kailangan ng hiwalay na awtorisasyon para sa bawat pagsisiwalat.)		Inisyal: _____
C. <input type="checkbox"/> Paggamot sa Pinagbabawal na Gamot at Alkohol (hal. diagnosis, mga resulta ng pagsusuri, paggamot, pagsingil, pagdalo)		Inisyal: _____
D. <input type="checkbox"/> Kalusugan ng Pag-iisip (hal. diagnosis, mga resulta ng pagsusuri, paggamot, pagsingil)		Inisyal: _____
E. <input type="checkbox"/> Iba pa _____		Inisyal: _____

5 MGA GUSTONG PARAAN SA PAGPAPADALA:
 Mail Pick up Iba pa _____

6 FORMAT NG PAGPAPADALA:
 CD Pelikula Papel Iba pa _____

7 TAGAL: Ang pahintulot na ito ay may bisa kaagad at magiging balido hanggang _____ (magbigay ng petsa).
 Kung hindi ko isusulat ang isang petsa, ito ay mag-e-expire labindalawang buwan mula sa petsa na ito ay pinirmahan.

8 KANSELASYON: Naiintindihan ko na may karapatan akong kanselahin ang pahintulot na ito anumang oras. Ang pagkansela (1) ay dapat na nakasulat, (2) ipinadala o ibinigay sa Departamento na Namamahala sa Impormasyong Pangkalusugan at (3) ay epektibo kapag ito ay natanggap ng departamento. Ang pagkansela ay hindi ilalapat sa mga aksyon na ginawa na ng CSCSH sa ilalim ng awtorisasyong ito o kung ang awtorisasyon ay kinakailangan para sa pagkuha ng saklaw ng insurance at ang insurer ay may legal na karapatan na tumutol sa isang paghahabol. Ang verbal na pagkansela ay tatanggapin para sa behavioral health medical record alinsunod sa WIC Section 5328. Tumawag sa: 408-885-5770.

9 MGA KONDISYON: Naiintindihan ko na ang paggamot, pagbabayad, pagpapatala, o pagiging karapat-dapat para sa mga benepisyo ay hindi ibabatay sa aking pagbibigay o pagtanggì na ibigay ang awtorisasyon na ito maliban kung ang aking paggamot ay nauugnay sa pananaliksik, o kung ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ay ibinibigay lamang sa akin para sa paglikha ng protektadong impormasyon sa kalusugan para ilabas sa ikatlong partido. Naiintindihan ko rin na maaari akong tumanggi na lagdaan ang awtorisasyong ito.
 Ang kopya ng awtorisasyong ito ay kasing-bisa ng sa orihinal. Mayroon akong karapatang makatanggap ng kopya ng abisong ito.

10 MULING PAGPAPAHAYAG: Ang impormasyong ipinahayag alinsunod sa pahintulot na ito ay maaaring muling isiwalat ng tatanggap. Ang nasabing muling paghahayag ay sa ilang mga kaso ay hindi ipinagbabawal ng batas ng California at maaaring hindi na protektado ng federal na condensyalidad na batas (HIPAA), bagama't ang impormasyong protektado ng 42 CFR Part 2 ay patuloy na napapailalim sa proteksyong iyon. Bilang karagdagan, ipinagbabawal ng batas ng California ang taong tumatanggap ng aking impormasyong pangkalusugan mula sa paggawa ng karagdagan pagsisiwalat nito maliban kung ang isa pang awtorisasyon para sa naturang pagsisiwalat ay nakuha mula sa akin o maliban kung ang naturang pagsisiwalat ay partikular na hinihiling o pinahihintulutan ng batas.

11 _____
 Pangalan ng Kinatawan ng Pasyente/Pasyente Lagda ng Kinatawan ng Pasyente/Pasyente Relasyon Petsa
 Form 9090. Revised 2/2025 CSCSH # 585.12 Attachment A



COUNTY OF SANTA CLARA
Health System

**PAHINTULOT PARA SA PAGGAMIT O PAGLALAHAD NG
PROTEKTADONG IMPORMASYON SA KALUSUGAN**

Pangalan ng Pasyente: _____
 Petsa ng Kapanganakan _____
 ID o Medical Record # _____
 Tirahan: _____

 Tel: _____

Attachment B: Mga Lokasyon ng Sistema ng Kalusugan ng County ng Santa Clara – **I-update at i-edit ng Department Custodian of Medical Record kung naaangkop.**

(MGA) LOKASYON NG MGA REKORD (Lagyan ng check ang lahat ng naaangkop):

Santa Clara Valley Medical Center (SCVMC)

- Valley Health Center San Jose
- Valley Health Center Downtown
- Valley Health Center East Valley
- Valley Health Center Gilroy
- Valley Health Center Lundy (TB/Refugee Clinic)
- Valley Homeless Healthcare Program (VHHP)
- Santa Clara Valley Dentalcare

- Valley Health Center Milpitas
- Valley Health Center Moorpark
- Valley Health Center Sunnyvale
- Valley Health Center Tully
- Valley Health Center Morgan Hill
- Valley Health Center North County
- Valley Specialty Center

O'Connor Hospital

- O'Connor Medical Clinic – Forest
- O'Connor Medical Clinic - Hospital Campus (MOB)

Wound Center

St. Louise Regional Hospital

- St. Louise Medical Clinics

Breast Care Center

Regional Medical Center

- Outpatient Services - Ambulatory Surgery

Valley Health Center McKee

Other Clinics

- Elmwood
- Medical Clinic sa Middlefield
- Iba pa : _____

Guadalupe

San Pedro

TANDAAN: Ang My Health Online (<https://myhealthonline.sccgov.org>) ay isang libre, secure at madaling paraan upang ma-access ang maraming iba't ibang uri ng personal na impormasyon sa kalusugan mula sa isang computer o cell phone. Maaaring kabilang sa impormasyong ito ang: isang buod ng iyong kamakailang pagka-ospital o pagbisita sa klinika, isang listahan ng mga kasalukuyang gamot, mga pagbabakuna (mga bakuna), isang buod ng iyong kasaysayan ng medikal, mahalagang mga resulta ng lab at pagsusuri, atbp. Ang MyHealth Online ay nagpapahintulot din sa iyo na humiling ng appointment at humiling na mapabilang sa listahan ng naghihintay para sa susunod na available na appointment sa iyong healthcare provider.