



Form ng Awtorisadong Kinatawan (AOR) at Awtorisasyon sa Pagbubunyag ng Pinoprotektahang Impormasyong Pangkalusugan

Bilang miyembro ng Alameda Alliance for Health (Alliance), magagawa mong pumili ng taong magiging iyong awtorisadong kinatawan (authorized representative, AOR). Puwedeng makipag-ugnayan ang iyong AOR sa iyong ngalan. Makikipagtulungan kami sa taong ito gaya pakikipag-ugnayan namin sa iyo. Puwedeng kumilos ang iyong AOR para sa iyo sa karamihan ng mga usapin sa pangangalagang pangkalusugan, at puwede niyang tanggapin at ibunyag ang iyong Personal na Impormasyong Pangkalusugan (Personal Health Information, PHI). Pakisagutan ang form na ito para humiling ng AOR.

MGA TAGUBILIN

1. Paki-print nang malinaw, o mag-type sa mga field sa ibaba.
2. Pakibalik ang sinagutang form sa pamamagitan ng koreo o fax:

Alameda Alliance for Health
ATTN: Member Services Department
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502
Fax: **1.877.747.4504**

SEKSYON 1: IMPORMASYON NG MIYEMBRO (KINAKAILANGAN)

Miyembro ng Alliance:

Apelyido: _____ Pangalan: _____

Magulang/Tagapag-alaga ng Miyembro ng Alliance (Para lang sa mga menor de edad na 18)

Apelyido: _____ Pangalan: _____

ID # ng Miyembro ng Alliance: _____ Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY): _____

Numero ng Telepono sa Bahay: _____ Numero ng Cell Phone: _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Lagda: _____ Petsa: _____

MAY KATULOY SA SUSUNOD NA PAHINA ANG FORM NA ITO.

SEKSYON 2: URI NG AWTORISADONG IMPORMASYON NG MIYEMBRO

(KINAKAILANGAN)

- Binibigyan ko ng awtorisasyon ang paggamit at pagbubunyag ng anumang PHI, kung saan kasama ang aking mga gumagamot na provider, diagnosis, procedure, demograpikong impormasyon, claim para sa saklaw o benepisyo, at resibo ng anumang pag-apruba o awtorisasyong kinakailangan para sa mga serbisyong medikal.

Kasama rin dito ang impormasyon sa kalusugan ng pag-iisip, pag-abuso sa droga at alak, at impormasyong nauugnay sa HIV/AIDS, maliban na lang kung hindi kasama sa ibaba:

- Huwag isama ang impormasyong nauugnay sa HIV/AIDS
 Huwag isama ang impormasyon sa Kalusugan ng Pag-iisip
 Huwag isama ang impormasyon sa Pag-abuso sa droga at alak
 Huwag isama ang iba pa: _____

Pakitandaan: Hindi binibigyan ng awtorisasyong ito ang kinatawan ng awtoridad sa paggamot o mga pasyang direktang tungkol sa pangangalaga. Hindi rin nito napapalitan kung paano pinoproseso ng Alliance ang iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.

SEKSYON 3: AWTORISADONG PAGGAMIT AT/O PAGBUBUNYAG (KINAKAILANGAN)

Pakipili ang bawat kahon para sumang-ayon na nabasa at naunawaan mo ang bawat kundisyon.

- Itinatalaga ko ang taong binabanggit sa ibaba na kumilos bilang isang kinatawan para sa akin at/o para sa aking anak.
 Binibigyan ko ng awtorisasyon ang kinatawan na magawang tanggapin, talakayin, at ibunyag ang PHI.
 Kinikilala ako na ang aking pagbibigay ng awtorisasyon ay boluntaryo.
 Nauunawaan ko na puwede ko itong kanselahin anumang oras sa pamamagitan ng pagbibigay ng nakasulat na paunawa sa Alliance.
 May bisa ang pagtatalaga na ito sa lalong madaling panahon at mananatiling may bisa sa loob ng **isang (1) taon** mula sa petsa ng lagda, o ayon sa nakasaad dito: _____
(petsa ng pagtatapos).

SEKSYON 4: IMPORMASYON NG AWTORISADONG KINATAWAN AT PAGTANGGAP NG PAGTATALAGA (KINAKAILANGAN)

Sa pamamagitan ng pagsagot sa form na ito, tinatanggap ko ang pagtatalaga sa itaas.

Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan: _____

Pangalan ng Organisasyon (Kung naaangkop): _____

Numero ng Telepono sa Bahay: _____ Numero ng Cell Phone: _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Lagda: _____ Petsa: _____



May mga tanong? Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alliance

Numero ng Telepono: **1.510.747.4567** • Toll-Free: **1.877.932.2738**

Mga taong may mga problema sa pandinig at pagsasalita (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

www.alamedaalliance.org