

Form para sa Paghiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon

Ang mga miyembro ng Alameda Alliance for Health (Alliance) ay may karapatang piliin kung paano kami makikipag-ugnayan sa kanila tungkol sa kanilang pangangalagang pangkalusugan. Kasama rito ang kanilang pinoprotektahang impormasyon sa kalusugan (protected health information, PHI). Puwede kaming secure na makipag-ugnayan sa mga miyembro sa pamamagitan ng koreo, email, o telepono.

Kung gusto mong makatanggap ng kumpidensyal na komunikasyon para sa anumang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na natatanggap mo, kumpletuhin at ibalik ang form na ito.

Kung ikaw ay may edad na 12 taon pataas at tumatanggap ka ng pangangalaga para sa mga sensitibong pangangailangan sa kalusugan, puwede mong hilingin na panatilihin pribado ang impormasyong ito.

Kasama sa mga sensitibong serbisyo ang mga bagay-bagay gaya ng:

- Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip
- Paggamot sa pag-inom ng alak o paggamit ng droga
- Pangangalaga sa pagbubuntis o pagpigil sa pagbubuntis
- Pangangalaga sa panganganak
- Pagsusuri para sa mga impeksyong naipapasa sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI)

Ididirekta ng Alliance ang anumang kumpidensyal na komunikasyon na naglalaman ng PHI sa gustong padadalhang address, email address, o numero ng telepono na ibibigay mo.

Mga Tagubilin

1. Isulat nang maayos ang mga sagot mo, o mag-type sa lahat ng field sa ibaba.
2. Isumite ang nakumpletong form nang personal, sa pamamagitan ng koreo, fax, o email.

Para sa mga miyembro ng Alliance Group Care at Medi-Cal:

Sa personal/sa pamamagitan ng koreo:

Attn: Member Services Department
Alameda Alliance for Health
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Email: **memberservices@alamedaalliance.org**

Form para sa Paghiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon

Bilang miyembro ng Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP):

Sa personal/sa pamamagitan ng koreo:

Attn: Alameda Alliance Wellness Member Service Department

Alameda Alliance Wellness

1240 South Loop Road

Alameda, CA 94502

Fax: **1.877.747.4504**

Email: **DeptAAWMemberSupport@alamedaalliance.org**

Tandaan: Puwede mong baguhin o kanselahin ang iyong kahilingan anumang oras sa pamamagitan ng pagsusumite ng bagong form.

Form para sa Paghiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon

Seksyon 1: Impormasyon ng Miyembro

Apelyido: _____ Pangalan: _____

Petsa ng Kapanganakan (MM/DD/YYYY): _____

Numero ng ID ng Miyembro ng Alliance: _____

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

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

Seksyon 2: Paano Makatanggap ng Kumpidensyal na Komunikasyon

Hinihiling ko na ipadala sa akin ang mga komunikasyon, na may kumpidensyal (na) pribado) na impormasyon, sa pamamagitan ng (piliin ang lahat ng naaangkop):

☐ Ipadala sa gustong address na ito:

Address: _____

Lungsod: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

☐ I-email sa: _____

☐ Telepono sa pamamagitan ng pagtawag: _____

☐ Numero ng Telepono sa Bahay ☐ Cell

Seksyon 3: Lagda

Sa paglagda sa ibaba, kinukumpirma kong totoo at tama ang impormasyong nasa form na ito. Nauunawaan ko na babaguhin ng kahilingang ito ang paraan ng pakikipag-ugnayan sa akin ng Alliance. Hindi magbabago ang paraang ito ng pakikipag-ugnayan hangga't hindi ko ito kinakansela o hangga't hindi ako nagsusumite ng bagong Form para sa Paghiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon ng Alliance.

Kung lumalagda ka para sa miyembro, ilarawan ang kaugnayan mo sa kanya sa ibaba. Kung ikaw ang personal na kinatawan ng miyembro na itinalaga ng isang hukuman o legal na proseso, padalhan kami ng mga kopya ng mga legal na form (gaya ng power of attorney o mga liham sa guardianship).

Lagda: _____ Petsa: _____

Kaugnayan (kung lumalagda para sa miyembro): _____

Ang form na ito ay sumusunod sa Batas sa Portability at Accountability ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ng 1996, Mga Center para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)/Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP), mga iniaatas sa kontrata ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) ng California, at mga naaangkop na batas sa pagiging kumpidensyal ng California, kasama ang Batas sa Pagiging Kumpidensyal ng Medikal na Impormasyon (Confidentiality of Medical Information Act, CMIA) at Kodigo ng Kalusugan at Kaligtasan §1364.5.