



Form para sa Paghiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon

Bilang miyembro ng Alameda Alliance for Health (Alliance), mayroon kang karapatang piliin kung paano dapat kami makipag-ugnayan sa iyo tungkol sa pangangalagang pangkalusugan mo. Kasama rito ang iyong pinoprotektahang impormasyon sa kalusugan (protected health information, PHI). Puwede kaming secure na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng koreo, email, o telepono.

Kung mailalagay ka sa panganib kapag ibinahagi ang iyong impormasyon sa kalusugan, puwede namin itong panatilihin pribado. Hindi mo kailangang magpakita ng patunay na nasa panganib ka.

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)

Para sa mga serbisyong ito, hindi magpapadala ang Alliance ng Paliwanag ng Mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB) sa pangunahing tao na nasa planong pangkalusugan (may-ari ng polisiya).

Para humiling ng mga kumpidensyal na medikal na komunikasyon, dapat mong ipadala ang form na ito sa pamamagitan ng koreo, fax, o email:

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**

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

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: _____

☐ Sa pamamagitan ng pagtawag sa: _____ ☐ 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 kong babaguhin ng kahilingang ito ang paraan ng pakikipag-ugnayan ng Alliance sa akin. 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 Impormasyon sa 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 kautusan 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.