SF Department of Public Health
SF Health Network

PERMISSION TO SHARE YOUR SUBSTANCE USE DISORDER (SUD) TREATMENT NOTES

PAHINTULOT NA IBAHAGI ANG IYONG SUBSTANCE USE DISORDER (SUD) TREATMENT NOTES

NAME

DOB

MRN

Patient Label/Information

Ang San Francisco Department of Public Health (DPH) ay nakatuon sa pagbibigay sa iyo ng pinakamahusay na posibleng pangangalaga. Kailangang maunawaan ng mga miyembro ng aming clinical team ang lahat ng iyong medikal na kasaysayan at pangangalaga sa loob ng DPH upang maialok nila sa iyo ang pinakaligtas at pinakamahusay na pangangalaga. Para magawa ito, hinihingi namin ang iyong pahintulot na ibahagi ang lahat ng impormasyong nauugnay sa paggamit ng ipinagbabaual na gamot (paggamit ng droga at alkohol).

Nangangahulugan ang pagkumpleto ng dokumentong ito na nagbibigay ka ng pahintulot sa paggamit at/o pagsisiwalat ng iyong impormasyon sa sakit sa paggamit ng substance, gaya ng nakadetalye sa ibaba, ayon sa batas ng California at pederal. Mangyaring ibigay ang lahat ng impormasyong may markang asterisk (*) kung hindi ay hindi wasto ang pahintulot na ito.

***Name/Pangalan**_____

***Date of Birth/Araw ng kapanganakan**_____ **MRN**_____

Sino ang maaaring magbahagi at Makatanggap ng aking Personal na Impormasyon sa Paggamit ng Substance

Pinapahintulutan ko (pumili ng isa sa mga sumusunod*)_Initial_____ Lahat ng Gumagamit ng SFDPH Electronic Health Records (EHR)Kabilang dito ngunit hindi limitado sa mga provider at awtorisadong kawani sa DPH, UCSF at iba pang mga sangay sa komunidad ng DPH

O

__Initial_____ Bilang karagdagan sa nasa itaas, pumapayag RIN AKO na ibahagi ang aking mga tala sa paggamit ng substance sa pamamagitan ng pagpapalitan ng impormasyong pangkalusugan, gaya ng Epic CareEverywhere. Ang palitan na ito ay magpapahintulot sa iba pang mga organisasyon ng pangangalagang pangkalusugan o provider kung saan ako kumukuha ng pangangalaga na magkaroon ng access sa aking mga tala sa paggamit ng sangkap.

Ano ang kanilang Pagbabahaginan

Naiintindihan ko na ang ilang impormasyon ay dapat maisulat o mailahad at ibahagi sa DPH Electronic Health Record (EHR), gaya ng mga medikal na diagnosis, mga gamot, allergy, pagbabakuna, at mga resulta ng pagsusuri. Ang impormasyong ito ay ibinabahagi sa mga pangkat ng klinikal na pangangalaga gamit ang DPH Electronic Health Record (EHR). Ang klinikal na impormasyong ito ay hindi maaaring hadlangan mula sa pagbabahagi.

Nauunawaan ko na ang aking impormasyon sa paggamit ng sangkap (droga at alkohol) ay maaaring gamitin para sa layunin ng paggamot, pagbabayad at pagpapatakbo ng karamdaman sa paggamit ng sangkap; koordinasyon ng pangangalaga at pagpapabuti ng kalidad.

Gaano katagal ko ibibigay ang aking Pahintulot na Ibahagi ang Impormasyong ito Naiintindihan ko na maaari kong bawiin ang pahintulot na ito anumang oras. Maliban kung bawiin ko ang aking pahintulot nang mas maaga, ang pahintulot na ito ay awtomatikong mawawalan ng bisa sa sampung (10) taon pagkatapos ng petsa ng aking kamatayan.

Muling Pagbubunyag – Pagbabahagi ng aking Impormasyon sa Iba
Kung ang impormasyong pangkalusugan ay ibinunyag sa isang tao na hindi legal na kinakailangan na panatilihin itong kumpidensyal, maaari itong muling isiwalat (sabihin sa ibang tao) at maaaring hindi na maprotektahan. Ito ay batas ng California.

KARAPATAN KO

- Maaari akong magpasya na huwag lagdaan ang awtorisasyong ito.
- Maaari kong ipawalang bisa (magbago ang aking isip tungkol sa) pagpapahintulot sa pagbabahagi ng aking impormasyon sa SUD anumang oras. Ang pagbabago ng aking isip ay dapat na nakasulat, nilagdaan ko o sa ngalan ko ng isang taong may legal na awtoridad na gawin ito at maihatid sa aking site ng provider.
- Magiging epektibo ang aking pagbawi (pagbabago ng aking isip) kapag natanggap ito ng aking provider site, ngunit naiintindihan ko na ang aking impormasyon na naibahagi na ay hindi na mababawi.
- May karapatan akong makakuha ng kopya ng awtorisasyong ito.
- Kung tumanggi akong pumayag sa isang pagbubunyag, makakatanggap pa rin ako ng mga serbisyo.

*Signature/ Lagda: _____ *Date/Petsa: _____

Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga/Conservator
Parent/Guardian/Conservator Signature: _____

Interpreter ID: _____Witness:_____

NOTE TO RECIPIENT OF SUD INFORMATION:

Pursuant to Section 2.32 of 42 CFR, the following notice is also provided:
Federal law/42 CFR part 2 prohibits unauthorized disclosure of these records**.**

SFDPH Use Only: Patient has declined to sign this Permission Form. I have discussed this form and have answered the patient's questions. Patient has been informed that certain clinical information will be shared by all providers. Patient appears to understand our discussion and wishes to receive care.
Provider Signature_____ Date: _____