

IMPORMASYON NG PASYENTE

Legal na Apelyido	Pangalan	M.I.	Ibang Pangalan	Araw ng Kapanganakan
-------------------	----------	------	----------------	----------------------

Legal na Kasarian (I-marka ang isa)*

Lalaki Babae

*Ang kasarian ay itinalaga sa kapanganakan (Lalaki at Babae). Tandaan na ang pangalan at kasarian na iyong nakalista sa iyong insurance ay dapat gamitin sa mga dokumentong nauukol sa insurance, pagsingil at pagsusulatan.

Address ng Bahay	Lunsod	Estado	Zip Code
------------------	--------	--------	----------

Mailing Address	Lunsod	Estado	Zip Code
-----------------	--------	--------	----------

Pakisuyong kumpletuhin at ipahiwatig ang iyong gustong paraan ng pakikipag-ugnayan sa pamamagitan ng pagmarka sa isa sa mga kahon sa ibaba:

<input type="checkbox"/> Telepono sa Bahay () -	<input type="checkbox"/> Cell Phone () -	<input type="checkbox"/> Pang-araw na Telepono () -	<input type="checkbox"/> Email Address
---	--	---	--

Katayuan ng Pabahay: <input type="checkbox"/> May tirahan <input type="checkbox"/> Walang tirahan	<input type="checkbox"/> Doubling Up <input type="checkbox"/> Kalye, Beach, atbp. <input type="checkbox"/> Hindi nakaulat
	<input type="checkbox"/> Kanlungan <input type="checkbox"/> Transitional

Etnisidad: <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hindi Hispanic/Latino	Kailangan Mo ba ng Interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Pangunahin o Ginustong Wika: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Iba pa: _____
--	--	---

Lahi (pumili ng isa sa ibaba na pinakamahasay na naglalarawan sa iyo):

<input type="checkbox"/> African American/Itim	<input type="checkbox"/> Caucasian	<input type="checkbox"/> Intsik	<input type="checkbox"/> Chuukese	<input type="checkbox"/> Pilipino	<input type="checkbox"/> Guamanian
<input type="checkbox"/> Hapon	<input type="checkbox"/> Koreano	<input type="checkbox"/> Laotian	<input type="checkbox"/> Marshallese	<input type="checkbox"/> Micronesian	<input type="checkbox"/> Katutubong Americano
<input type="checkbox"/> Katutubong Hawaiian	<input type="checkbox"/> Portuges	<input type="checkbox"/> Puerto Rican	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Tongan	<input type="checkbox"/> Vietnamese
<input type="checkbox"/> Iba pang Asyano	<input type="checkbox"/> Iba pang Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Lahat ng Iba pa (ipaliwanag): _____			

Ang Patient Portal ay ang pinakabagong teknolohiya ng WHC kung saan puwede kang mag-iskedyul at tumingin ng mga appointment, humiling ng mga refill ng gamot at makita ang mga resulta ng lab, makipag-ugnayan sa iyong pangkat ng pangangalagang pangkalusugan, magtanong tungkol sa iyong bill at humiling ng iyong rekord ng kalusugan.

Naka-enroll ka ba sa Patient Portal? Oo Hindi Kung hindi, kailangan mo ba ng tulong para makapag-enroll? Oo Hindi

IMPORMASYON NG MAGULANG O LEGAL NA GUARDIAN

Kaugnayan ng Guarantor sa Pasyente (Imarka ang isa): Sarili Asawa Magulang Iba pa: _____

Legal na Apelyido	Pangalan	M.I.	Ibang Pangalan	Araw ng Kapanganakan
-------------------	----------	------	----------------	----------------------

Address ng Bahay	Lunsod	Estado	Zip Code
------------------	--------	--------	----------

Mailing Address	Lunsod	Estado	Zip Code
-----------------	--------	--------	----------

Pakisuyong kumpletuhin at ipahiwatig ang iyong gustong paraan ng pakikipag-ugnayan sa pamamagitan ng pagmarka sa isa sa mga kahon sa ibaba:

<input type="checkbox"/> Telepono sa Bahay () -	<input type="checkbox"/> Cell Phone () -	<input type="checkbox"/> Pang-araw na Telepono () -	<input type="checkbox"/> Email Address
---	--	---	--

Marital Status <input type="checkbox"/> May-asawa <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Walang-asawa <input type="checkbox"/> Hiwalay <input type="checkbox"/> Biyudo/Biyuda	Kailangan mo ba ng Interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Pangunahin o Ginustong Wika: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Iba pa: _____
---	--	---

Pagpaparehistro ng Pasyente: MINOR

Pangalan ng Employer/Paaralan:		<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Estudyante	<input type="checkbox"/> Full-Time	<input type="checkbox"/> Kaswal
		<input type="checkbox"/> Walang trabaho	<input type="checkbox"/> Part-Time		<input type="checkbox"/>
		Nagretiro na			
Hanapbuhay:	Laki ng Pamilya (kasama ang sarili, asawa, at mga anak na wala pang 18 taong gulang): _____	Kita ng Pamilya:		<input type="checkbox"/> Buwan-buwan	<input type="checkbox"/> Taon-taon
		\$ _____			

Pangalan ng Pasyente: _____

MRN: _____

Pangalan ng Magulang/Tagapag-alaga: _____

Numero ng Tao: _____

EMERGENCY CONTACT IMPORMASYON		
Pangalan ng Pang-emergency na Contact:		Kaugnayan:
Telepono sa Bahay	Telepono sa Trabaho	Cell Phone
Pangalan ng Pang-emergency na Contact:		Kaugnayan:
Telepono sa Bahay	Telepono sa Trabaho	Cell Phone

_____ Inisyal Sumasang-ayon ako na ang lahat ng mga singil na hindi direktang binabayaran ng aking kompanya ng seguro ay magiging aking responsibilidad. Pahintulutan ko ang WHC na maglabas ng impormasyon sa aking tagadala ng insurance o organisasyon upang maproseso ang mga claim sa ngalan ko. Pinapahintulutan ko ang pagbabayad ng mga medikal na benepisyo sa WHC para sa mga serbisyong ibinigay.

_____ Inisyal Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay ko ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Alam kong isang krimen na punan ang form na ito ng mga katotohanang alam kong mali o iwanan ang mga katotohanang alam kong mahalaga.

_____ Inisyal Pinapahintulutan ko ang Wahiawā Health Center na magbigay ng mga serbisyong medikal kabilang ngunit hindi limitado sa mga pagbabakuna at pagsusuri para sa aking anak na lalaki/anak na babae/ward.

_____ Natanggap ko ang Privacy Practice Notice.

Inisyal

Pirma ng Magulang/Legal na Tagapangalaga

Petsa ng Pagpirma

Pirma ng Responsableng Partido

Petsa ng Pagpirma

PARA SA OPISINA LAMANG					
<input type="checkbox"/> MGA SERBISYONG MEDIKAL – Record # _____					
Uri ng Katayuan ng Pt: Di-aktibo Non-WHC Aktibo Nakaschedule	Valid ID: Scan ID Update NG Pt Picture	Insurance: Scan Card Update Info/Card			
Kinolekta Ni: _____ Petsa: _____		Itinala ni: _____ Petsa: _____			

Pangalan ng Pasyente: _____

MRN: _____

PANGUNAHING MEDICAL INSURANCE NA IMPORMASYON				
Relasyon ng Pasyente sa Insured (Imarka ang isa): <input type="checkbox"/> Sarili <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa <input type="checkbox"/> Step-Child <input type="checkbox"/> Iba pa: _____				
Pangalan ng Policy Holder		Araw ng Kapanganakan		<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Hindi Alam <input type="checkbox"/> Babae
Pangalan ng Plano	Policy # / Subscriber #	Grupo #	Petsa ng Bisa:	Petsa ng pagkawalang bisa:
Address ng Bahay		Lunsod	Estado	Zip Code
Telepono sa Bahay		Telepono sa Trabaho	Cell Phone	
IMPORMASYONG NG SECONDARY MEDICAL INSURANCE				
Relasyon ng Pasyente sa Insured (Imarka ang isa): <input type="checkbox"/> Sarili <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa <input type="checkbox"/> Step-Child <input type="checkbox"/> Iba pa: _____				
Pangalan ng Policy Holder		Araw ng Kapanganakan		<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Hindi Alam <input type="checkbox"/> Babae
Pangalan ng Plano	Policy # / Subscriber #	Grupo #	Petsa ng Bisa:	Petsa ng pagkawalang bisa:
Address ng Bahay		Lunsod	Estado	Zip Code
Telepono sa Bahay		Telepono sa Trabaho	Cell Phone	

Ako, _____, ang nakapirma sa ibaba, ay nagbibigay ng pahintulot sa Wahiawā Health Center para suriin ang aking (anak/anak na babae/ward):

Pangalan ng Bata

Araw ng Kapanganakan

Pangalan ng Bata

Araw ng Kapanganakan

Pangalan ng Bata

Araw ng Kapanganakan

Pangalan ng Bata

Araw ng Kapanganakan

Pangalan ng Bata

Araw ng Kapanganakan

Pangalan ng Bata

Araw ng Kapanganakan

upang gumawa ng mga pagsusuri na kinakailangan para sa kanyang diagnosis at pangangalaga, at upang magbigay ng ganoong paggamot na inaakala ng mga doktor ng Wahiawā Health Center na kinakailangan. Kabilang dito ang diagnosis at pangangalaga sa Center clinic, sa mga laboratoryo, X-ray facility, klinika, emergency room at opisina ng mga espesyalista, at psychological test.

Nauunawaan ko na para sa malalaking operasyon o iba pang malalaking pamamaraan, matatanggap ko ang mga espesyal na paliwanag at hihilingin sa akin ang espesyal na pahintulot, maliban kung ang emergency ay sobrang apurahan para maghintay para kontakin ako.

Ang pahintulot na ito na pinipirmahan ko ay para sa patuloy na pangangalagang pangkalusugan ng aking (anak/anak na babae/ward) hanggang sa bawiin ko siya/marinig mula sa Center. Nauunawaan ko na kasama nito ang pahintulot para sa mga pangkalahatang pagsusuri, mga pagsusuri sa tuberculin, mga aplikasyon sa balat o mucous membrane, pagsusuri sa bibig, ari, tumbong, at tainga, pagkukumpuni ng maliliit na hiwa, at lahat ng iba pang ordinaryong pamamaraan sa opisina ng medikal.

Sa pamamagitan nito, hindi ako pumapayag sa anumang mga eksperimentong pamamaraan o pagsubok para sa pananaliksik o siyentipikong pag-aaral.

Ang aking litrato at ng aking anak ay maaaring gamitin para sa mga medikal na rekord at para sa pagsasapubliko ng Wahiawā Health Center.

Pinatutunayan ko na nabasa ko (o binasahan ako) at lubos na nauunawaan ang pahintulot sa itaas para sa pangangalaga. Ang anumang hindi naaangkop na mga pahayag ay inaalís o anumang mga pagbubukod sa itaas ay ipinahiwatig sa ibaba bago ako pumirma. Mga pagbubukod:

Pirma ng Magulang/Legal na Tagapangalaga

Petsa

Ako, _____, ang _____
 (Magulang o Legal na Tagapangalaga) (Kaugnayan)

ni _____ at _____
 (Buong Legal na Pangalan ng Minor) (Araw ng kapanganakan)

ni _____ at _____
 (Buong Legal na Pangalan ng Minor) (Araw ng kapanganakan)

ni _____ at _____
 (Buong Legal na Pangalan ng Minor) (Araw ng kapanganakan)

ni _____ at _____
 (Buong Legal na Pangalan ng Minor) (Araw ng kapanganakan)

ni _____ at _____
 (Buong Legal na Pangalan ng Minor) (Araw ng kapanganakan)

ni _____ at _____
 (Buong Legal na Pangalan ng Minor) (Araw ng kapanganakan)

Aprubahan at pahintulot sa anumang mga pagsusuri, x-ray, pampamanhid, medikal na diagnosis, pagbabakuna, o paggamot na ginawa ng Wahiawā Health Center kung sakaling ang aking (mga) anak ay dinala sa Center ng mga sumusunod na tao:

(Pangalan)	(Kaugnayan)
(Pangalan)	(Kaugnayan)
(Pangalan)	(Kaugnayan)
(Pangalan)	(Kaugnayan)
(Pirma ng Magulang o Legal na Tagapangalaga)	(Petsa)

Numero ng telepono kung saan maaaring tawagan ang Mga Magulang/Legal na Tagapangalaga:

Pangalan ng Ama	Telepono ng Negosyo	Telepono sa Bahay
Pangalan ng Ina	Telepono ng Negosyo	Telepono sa Bahay
Pangalan ng Legal na Tagapangalaga	Telepono ng Negosyo	Telepono sa Bahay

Sa pamamagitan ng pagpirma sa papel na ito sa ibaba, binibigyan ko ng pahintulot ang (mga) tao na nakalista sa talahanayan na nakadokumento upang makatanggap ng protektadong impormasyon sa kalusugan o iba pang awtorisasyon tulad ng nakalista sa seksyon ng mga komento. Maaari kong bawiin ang aking awtorisasyon anumang oras sa pamamagitan ng pagsusumite ng kahilingang baguhin, idagdag, o wakasan ang naturang pahintulot nang nakasulat.

Petsa ng Pahintulot	Pangalan ng indibidwal	Kaugnayan	Telepono #	Mga Komento	Petsa na Binawi ang Pahintulot

Pirma ng Pasyente o Legal na Tagapangalaga

Petsa/Oras

Naka-print na Pangalan ng Pasyente o Legal na Tagapangalaga

Kaugnayan (kung hindi sarili)

HINIMOK NG WAHIAWĀ HEALTH CENTER (WHC) ANG MGA PASYENTE AT KANILANG `OHANA NA MALAMAN AT GAMITIN NG KANILANG KARAPATAN AT RESPONSABILIDAD

<p style="text-align: center;"><i>Bilang Pasyente sa Wahiawā Health Center, may karapatan kang:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tratuhan nang may kagandahang-loob, dignidad at paggalang— anuman ang lahi, kulay, kasarian, edad bansang pinagmulan, o paniniwala. ❖ Makikita sa isang ligtas, ligtas na kapaligiran at sa isang napapanahong paraan. ❖ Alamin ang pangalan ng iyong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, at ang mga pangalan at posisyon ng mga tauhan na iyong nakatagpo. ❖ Ipaalam sa iyo ang iyong kalagayan at unawain ang mga paggamot. ❖ Tumanggi sa paggamot sa anumang oras at upang ipaalam sa mga panganib ng pagtanggap sa paggamot. ❖ Ipaalam sa iyo ang mga dahilan para sa mga pagsusuri at paggamot at upang matanggap ang mga resulta sa isang napapanahong paraan. ❖ Tumangging pirmahan ang mga form ng pahintulot hanggang sa maunawaan mo kung ano ang iyong pinipirmahan. ❖ Tumangging lumahok sa mga aktibidad na pang-edukasyon o pang-eksperimentong pinili. ❖ Makilahok sa lahat ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalaga gaya ng nakasaad sa loob ng batas. ❖ Kilalanin ang isang tao na gusto mong gumawa ng mga desisyon para sa iyo kapag hindi mo magawa ito, gamit ang Advance Care Directives. ❖ I-refer para sa emergency o mga espesyal na serbisyong hindi ibinigay ng WHC. ❖ Iprotektahan at panatilihin kumpidensyal ang iyong impormasyon sa kalusugan. ❖ Kumuha ng mga paliwanag tungkol sa mga perang inutang mo sa health center sa iyong bill. ❖ Humiling at tumanggap ng mga kopya ng iyong mga medikal na rekord sa maliit na bayad. 	<p style="text-align: center;"><i>Bilang Pasyente sa Wahiawā Health Center, ang iyong mga responsibilidad ay:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Tratuhan ang lahat ng tao sa health center nang may kagandahang-loob, dignidad at paggalang sa lahat ng oras. ❖ Magbigay ng tumpak na impormasyon para sa pagpaparehistro, pagsingil, pagbabayad, kaalamang pahintulot at mga pagbabagong nagaganap, kabilang ang anumang mga pagbabago sa iyong address, numero ng telepono, insurance, at o anumang iba pang impormasyon sa pakikipag-ugnayan. ❖ Magbigay ng impormasyon tungkol sa iyong mga alalahanin sa isang tagapagtaguyod ng pasyente o maaaring humiling na makipag-usap sa Dental Director, Chief Performance and Compliance Officer, Chief Medical Director o Chief Executive Officer. ❖ Maging nasa oras para sa mga naka-iskedyul na appointment at upang kanselahin ang mga appointment bago ang naka-iskedyul na appointment, ayon sa mga patakaran ng Wahiawā Health Center. Kabilang dito ang anumang espesyalidad o referral na appointment na ginawa para sa iyo. ❖ Magbigay ng hiniling na impormasyon para sa iyong medikal na kasaysayan nang tumpak kabilang ang mga nakaraang sakit, gamot, allergy, pagkakaospital, kasaysayan ng pamilya at panlipunan. ❖ Magtanong kung hindi ka malinaw tungkol sa mga papeles at impormasyon na napagkasunduan mo at ng iyong provider. ❖ Itago ang iyong mga personal na gamit sa isang ligtas na lugar. Ang nawala at/o ninakaw na mga personal na bagay ay hindi responsibilidad ng Wahiawā Health Center.
---	---

Sumusunod ang Wahiawā Health Center sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian.

Kung kailangan mo ng tulong sa wika, ang mga serbisyong walang bayad, ay magagamit mo.

NAIS NAMIN NA BIGYAN KA ANG PINAKAMAHUSAY NA PANGANGALAGA SA KALUSUGAN NA POSIBLEN AT PAHALAGAHAN ANG IYONG INPUT BILANG ISANG NAPAKAHALAGANG TEAM PLAYER.

Nasuri at nakatanggap ako ng kopya ng nasa itaas na Mga Karapatan at Pananagutan ng Pasyente. Naiintindihan ko na kung ako o alinman sa aking mga miyembro ng pamilya ay hindi sumusunod sa mga patakaran, maaaring hindi ako makatanggap ng pangangalaga sa health center na ito..

Pirma ng Pasyente o Legal na Tagapangalaga

INILALARAWAN NG PAUNAWA NA ITO KUNG PAANO MAAARING GAMITIN AT IBUNYAG ANG MEDIKAL NA IMPORMASYON TUNGKOL SA IYO AT PAANO KA MAKAKUHA NG ACCESS SA IMPORMASYON NA ITO. PAKISUYONG REPASUHIN ITONG MABUTI.

Ang aming mga responsibilidad sa privacy:

Ang Wahiawā Health Center (WHC) ay inaatasan ng batas na panatilihin ang pagkapribado ng iyong impormasyong pangkalusugan; ibigay ang abisong ito na naglalarawan sa mga paraan na maaari naming gamitin at ibahagi ang iyong impormasyon sa kalusugan; at sundin ang mga tuntunin ng paunawa na kasalukuyang may bisa.

Pangako sa Privacy: Nauunawaan ng WHC na ang iyong impormasyon sa kalusugan ay personal at ang pagprotekta sa iyong impormasyon sa kalusugan ay mahalaga. Sinusunod namin ang mahigpit na mga batas ng pederal at estado na nag-aatas sa amin na panatilihin ang pagiging kumpidensyal ng iyong impormasyon sa kalusugan. May karapatan kang maabisuhan kung may nangyaring paglabag sa protektadong impormasyon sa kalusugan.

Mga Paggamit at Pagbubunyag ng Impormasyong Pangkalusugan na Pinahihintulutan ng Batas:

Inilalarawan ng mga sumusunod na kategorya ang mga paraan na maaaring gamitin at ibunyag ng WHC ang iyong impormasyon sa kalusugan. Ang ilang rekord ng kalusugan kabilang ang mga kumpidensyal na pakikipag-ugnayan sa isang propesyonal sa kalusugan ng isip, ilang talaan ng paggamot sa pag-abuso sa substance, ilang genetic na resulta, at ilang impormasyong pangkalusugan ng mga menor de edad, ay maaaring may mga karagdagang paghihigpit para sa paggamit at pagsisiwalat sa ilalim ng mga batas ng estado at pederal. Ang iyong impormasyon sa kalusugan ay gagamitin o ibubunyag lamang para sa mga sumusunod na layunin:

Kapag nakatanggap ka ng pangangalaga mula sa WHC, maaari naming gamitin ang iyong impormasyon sa kalusugan para sa paggamot sa iyo, mga serbisyo sa pagsingil, at pagsasagawa ng aming normal na negosyo na kilala bilang mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Kasama sa mga halimbawa kung paano namin ginagamit ang iyong impormasyon:

Paggamot: Nag-iingat kami ng mga talaan ng pangangalaga at mga serbisyong ibinigay sa iyo. Ginagamit ng mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ang mga rekord na ito upang maghatid ng de-kalidad na pangangalaga upang matugunan ang iyong mga pangangailangan. Halimbawa, maaaring ibahagi ng iyong doktor ang iyong impormasyon sa kalusugan sa isang espesyalista na tutulong sa iyong paggamot. Maaari ka naming tawagan sa pamamagitan ng pangalan sa waiting room kapag handa na ang provider na makita ka. Maaari naming gamitin o isiwalat ang iyong protektadong

Mga Operasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan:

Gumagamit kami ng impormasyong pangkalusugan upang mapabuti ang kalidad ng pangangalaga, sanayin ang mga tauhan at estudyante, magbigay ng serbisyo sa customer, pamahalaan ang mga gastos, magsagawa ng mga kinakailangang tungkulin sa negosyo, at gumawa ng mga plano upang mas mahusay na mapagsilbihan ang aming mga komunidad. Halimbawa, maaari naming gamitin ang iyong impormasyon sa kalusugan upang suriin ang kalidad ng paggamot at mga serbisyong ibinigay ng aming mga manggagamot, nars, at iba pang manggagawa sa pangangalagang pangkalusugan.

Mga Indibidwal na Kasangkot sa Iyong Pangangalaga o Pagbabayad ng Iyong Pangangalaga: Maaari naming ibunyag ang iyong impormasyong pangkalusugan sa isang asawa, miyembro ng pamilya, malapit na personal na kaibigan, o sinumang indibidwal na tinukoy mo kung makuha namin ang iyong kasunduan. Magkakaroon ka ng pagkakataong kilalanin ang taong ito o tumutol sa aming pagbubunyag ng impormasyon sa kanila.

Mga Kasosyo sa Negosyo: Maaaring gamitin o ibunyag ng WHC ang impormasyong pangkalusugan tungkol sa iyo sa mga taong nakipagkontrata sa amin para magkaloob ng mga produkto at serbisyong ginagamit sa iyong paggamot o para sa mga operasyon sa ospital. Kasama sa mga halimbawa ang mga serbisyo sa pagkopya, mga consultant, interpreter, at mga transcriptionist sa kalusugan. Inaatasan ng WHC ang mga kontratista na ito na protektahan ang pagiging kumpidensyal ng iyong impormasyong pangkalusugan tulad ng ginagawa namin.

Pananaliksik: Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari naming gamitin at ibunyag ang iyong impormasyon sa kalusugan para sa mga layunin ng pananaliksik. Ang mga proyekto ng pananaliksik ay napapailalim sa isang espesyal na proseso ng pagsusuri na sinusuri ang paggamit ng impormasyon sa kalusugan; sinusubukang balansehin ang mga pangangailangan sa pananaliksik sa pangangailangan para sa privacy ng pasyente. Bago namin gamitin o ibunyag ang impormasyong pangkalusugan para sa pananaliksik, ang proyekto ay kailangang maaprubahan sa pamamagitan ng proseso ng pagsusuri na ito.

Pangangalap ng Pondo: Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyo upang magbigay ng impormasyon tungkol sa mga aktibidad na inisponsor ng WHC, kabilang ang mga programa at kaganapan sa pangangalap ng pondo. Gagamit lamang kami ng impormasyon

Mga Organisasyon sa Pagkuha ng Organ:

Maaari naming ilabas ang iyong impormasyong pangkalusugan sa mga organisasyong nangangasiwa sa pagkuha ng organ o organ, mata, o tissue transplant o sa isang organ donation bank, kung kinakailangan at kinakailangan upang mapadali ang organ o tissue donation at transplants.

Mga Aktibidad sa Pamublikong Kalusugan:

Maaaring gamitin o ibunyag ng WHC ang iyong impormasyong pangkalusugan sa mga awtoridad ng pamublikong kalusugan na namamahala sa pagpigil o pagkontrol sa sakit, pinsala, o kapansanan. Halimbawa, ang WHC ay kinakailangang mag-ulat ng mga nakakahawang sakit sa Hawaii Department of Health; ang mga kasanayan sa pagsingil ay maaaring i-audit ng Hawaii State Auditor; ang mga rekord ay napapailalim sa pagsusuri ng Kalihim ng Kalusugan at Serbisyong Pantao; at ang Federal Food and Drug Administration (FDA) upang matiyak ang kaligtasan ng produkto.

Kabayaran sa mga Manggagawa: Maaaring gamitin o ibunyag ng WHC ang impormasyong pangkalusugan tungkol sa iyo para sa kompensasyon ng mga manggagawa o mga katulad na programa na nagbibigay ng mga benepisyo para sa mga pinsala o sakit na nauugnay sa trabaho.

Judicial at Administrative Proceedings: Sa kurso ng isang hudisyal o administratibong paglilitis bilang tugon sa isang legal na utos o iba pang layuning ayon sa batas.

Banta sa Kalusugan at Kaligtasan: Maaari naming gamitin at ibunyag ang iyong impormasyon sa kalusugan kung kinakailangan upang maiwasan ang isang seryosong banta sa iyong kalusugan at kaligtasan, o sa kalusugan at kaligtasan ng iba.

Mga Opisyal sa Pagpapatupad ng Batas:

Mga Espesyal na Tungkulin ng Pamahalaan: Maaari kaming magbunyag ng impormasyon sa pulisya o iba pang opisyal ng pagpapatupad ng batas ayon sa hinihingi ng batas o bilang pagsunod sa utos ng hukuman. Maaari kaming magbunyag ng impormasyon sa mga awtoridad ng militar o mga beterano tungkol sa mga tauhan ng Armed Forces, sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon. Maaari rin kaming magbunyag ng impormasyon sa mga awtorisadong opisyal ng pederal para sa mga layunin ng legal na intelligence, counter-intelligence, at iba pang aktibidad sa pambansang seguridad.

Ang lahat ng iba pang user at pagsisiwalat, na hindi inilalarawan sa notice na ito, ay

impormasyong pangkalusugan, kung kinakailangan, para makipag-ugnayan sa iyo para ipaalala sa iyo ang iyong appointment.

Pagbabayad: Pinapanatili namin ang mga talaan ng pagsingil na kinabibilangan ng impormasyon sa pagbabayad at dokumentasyon ng mga serbisyong ibinigay sa iyo. Ang iyong impormasyon ay maaaring gamitin upang makakuha ng bayad mula sa iyo, sa iyong kompanya ng seguro, o isa pang ikatlong partido. Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyong kompanya ng seguro upang i-verify ang saklaw para sa iyong pangangalaga o upang ipaalam sa kanila ang mga paparating na serbisyo na maaaring mangailangan ng paunang abiso o pag-apruba. Maaari naming ibunyag ang protektadong kalusugan impormasyon sa ibang mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o mga ikatlong partido upang tumulong sa pagsingil at pagkolekta pagsisikap. May karapatan kang higitan ang pagsisiwalat ng iyong protektadong impormasyong pangkalusugan sa isang planong pangkalusugan kapag nagbabayad ka nang buo para sa mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan.

sa pakikipag-ugnayan, tulad ng numero ng telepono at mga petsa na natanggap mo ang paggamot o mga serbisyo sa WHC. Mangyaring ipaalam sa amin kung ayaw mong makipag-ugnayan kami sa iyo para sa mga pagsisikap na ito sa pangangalap ng pondo.

Komunikasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan: Upang matukoy ang mga serbisyo at produkto na may kaugnayan sa kalusugan na maaaring makinabang sa iyo at pagkatapos ay makipag-ugnayan sa iyo tungkol sa mga serbisyo at produkto.

Mga Namatay na Indibidwal: Maaari naming ilabas ang medikal na impormasyon sa isang coroner, medical examiner, o direktor ng libing kung kinakailangan para sa kanila gampanan ang kanilang mga responsibilidad.

nangangailangan ng nilagdaang pahintulot. Maaari mong bawiin ang iyong awtorisasyon anumang oras na may nakasulat na pahayag na isinumite sa Impormasyong Pangkalusugan.

PAUNAWA NG MGA PRIVACY PRACTICE

Espesyal na Protektadong Impormasyon sa

Kalusugan: Maliban kung kinakailangan o pinahihintulutan sa ilalim ng batas, ang pagbubunyag ng sumusunod na protektadong impormasyon sa kalusugan, sa labas ng aming health center, ay nangangailangan ng iyong partikular na pahintulot:

- Impormasyon sa AIDS/HIV
- Mga tala sa kalusugan ng isip at sakit sa isip kabilang ang mga tala sa psychotherapy
- Mga talaan ng paggamot sa pagkagumon sa droga at alkoholismo (pag-abuso sa sangkap).

Ang iyong mga indibidwal na Karapatan:

Mayroon kang mga sumusunod na karapatan tungkol sa iyong impormasyon sa kalusugan. Ang isang kahilingan na gamitin ang alinman sa mga karapatang ito ay dapat gawin nang nakasulat sa Chief Performance and Compliance Officer at/o ang Compliance Specialist.

Karapatan sa Alternatibong Komunikasyon:

May karapatan kang humiling na makipag-ugnayan sa iyo ang WHC sa isang tiyak na paraan. Halimbawa, maaari mong hilingin na makipag-ugnayan sa iyo ang WHC sa trabaho lamang, o ibang address kaysa sa address ng iyong tahanan. Maaari mong hilingin ito sa panahon ng pagpaparehistro.

Karapatan na Siyasatin at o Kopyahin:

May karapatan kang mag-inspeksyon at makakuha ng mga kopya ng iyong impormasyon sa kalusugan. Karaniwan, kabilang dito ang mga talaan ng kalusugan at pagsingil. *Hindi kasama dito ang mga tala sa psychotherapy, o impormasyong pinagsama-sama namin upang maghanda para sa legal na aksyon, at ilang partikular na batas na nauugnay sa mga laboratoryo.*

Upang makakuha ng kopya ng iyong impormasyong pangkalusugan, mangyaring magsumite ng isang kahilingan nang nakasulat sa Medical Records Department. Kung humiling ka ng kopya ng impormasyon, maaari kaming maningil ng bayad para sa mga gastos sa pagkopya, pagpapadala sa koreo o iba pang mga supply at serbisyo mula sa iyong kahilingan.

Maaari naming tanggihan ang iyong kahilingan na siyasatin at kopyahin ang iyong mga talaan sa ilang partikular na limitadong pagkakataon. Aabisuhan ka namin sa pamamagitan ng sulat kung ang iyong kahilingan ay tinanggihan at ipaliwanag kung paano mo maaaring iapela ang desisyon. Sa ilang partikular na limitadong sitwasyon, kakailanganin naming tanggihan ka ng access at wala kang karapatang iapela ang desisyong iyon.

Karapatan sa Pagbabago: Kung sa tingin mo ay

- Hindi naming nilikha.
- Ay hindi bahagi ng impormasyong pangkalusugan na iniingatan ng aming pasilidad.
- Ay hindi bahagi ng impormasyon na pinapayagan kang siyasatin.
- Ay tumpak at kumpleto.

Karapatan sa Accounting ng mga

Pagbubunyag: May karapatan kang humiling ng isang listahan ng accounting para sa anumang pagsisiwalat ng iyong impormasyong pangkalusugan na ginawa namin. Ang accounting na ito ay hindi magsasama ng mga pagsisiwalat:

- Para sa paggamot, pagbabayad, o mga opsyon sa pangangalagang pangkalusugan
- Sa mga taong kasangkot sa iyong pangangalaga o para sa mga layunin ng pag-abiso
- Hindi sinasadya sa isang pinahihintulutang paggamit o pagsisiwalat
- Sa mga institusyon ng pagwawasto o iba pang opisyal ng pagpapatupad ng batas
- Bilang bahagi ng limitadong set ng data
- Para sa pambansang seguridad o mga layunin ng paniktik
- Para sa anumang paggamit o pagsisiwalat na partikular mong pinahintulutan o hiniling

Ang iyong kahilingan ay dapat magsaad ng isang yugto ng panahon, na maaaring hindi hihigit sa 6 na taon at hindi kasama ang mga petsa bago ang Abril 14, 2003. Ang unang listahan na iyong hihilingin sa loob ng 12-buwang yugto ay magiging libre. Para sa mga karagdagang listahan, maaari ka naming singilin para sa mga gastos sa pagbibigay ng listahan. Aabisuhan ka namin tungkol sa gastos na kasangkot at maaari mong piliing bawiin o baguhin ang iyong kahilingan sa oras na iyon bago magkaroon ng anumang mga gastos. Padadalhan ka namin sa koreo ng isang listahan ng mga pagsisiwalat sa loob ng 30 araw ng iyong kahilingan, o aabisuhan ka kung hindi namin makuha ang listahan sa loob ng 30 araw at sa anong petsa maaari kaming magkaroon ng listahan; ngunit ang petsang ito ay hindi lalampas sa 60 araw mula sa petsa na ginawa mo ang kahilingan.

Karapatan na Humiling ng Mga Espesyal na

Paghihigpit: May karapatan kang humiling ng mga espesyal na paghihigpit sa pagbabahagi ng iyong impormasyon sa kalusugan. May karapatan ka ring humiling ng limitasyon sa impormasyong pangkalusugan na ibinunyag namin tungkol sa iyo sa isang taong kasangkot sa iyong pangangalaga. Hindi kami kinakailangang sumang-ayon sa iyong

Karapatang Kopyahin ang Abisong Ito: May karapatan kang makakuha ng papel na kopya ng Abisong ito anumang oras. Ang mga kopya ng iyong kasalukuyang Notice ay makukuha mula sa aming front desk staff.

Mga pagbabago sa Abisong ito: Inilalaan namin ang karapatang baguhin ang aming mga kasanayan sa privacy gaya ng inilarawan sa Abisong ito anumang oras. Maliban kung kinakailangan ng batas, susulat kami at gagawing available kapag humiling ng bagong Paunawa bago kami gumawa ng anumang mga pagbabago sa aming mga kasanayan sa privacy. Ang mga kasanayan sa pagkapribado sa pinakabagong Paunawa ay malalapat sa impormasyong mayroon na kami tungkol sa iyo pati na rin sa anumang impormasyong matatanggap namin sa hinaharap. Ang Paunawa ay maglalaman ng isang epektibong petsa.

Kontakin Kami: Kung gusto mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa privacy, nababahala na ang iyong mga karapatan sa privacy ay nalabag, o hindi sumasang-ayon sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pag-access sa iyong impormasyon sa kalusugan, makipag-ugnayan sa Chief Performance and Compliance Officer sa (808) 954-7156 at Compliance Specialist sa (808) 954-7166.

Ang lahat ng mga reklamo ay dapat isumite sa pamamagitan ng pagsulat. Sisiyasatin namin ang lahat ng reklamo at hindi kami gaganti sa iyo para sa paghahain ng reklamo sa Office of Civil Rights ng U. S. Department of Health and Human Services. Walang paghihiganti sa paghahain ng reklamo.

Sumusunod ang Wahiaiwā Health Center sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian.

Kung kailangan mo ng tulong sa wika, ang mga serbisiyong walang bayad, ay magagamit mo.

PAUNAWA NG MGA PRIVACY PRACTICE

mali o hindi kumpleto ang impormasyong pangkalusugan sa iyong talaan, maaari mong hilingin sa amin na amyendahan ang impormasyon. May karapatan kang humiling ng pagbabago hangga't itinatago namin ang impormasyon. Dapat kang magbigay ng dahilan para sa pag-amyenda. Maaari naming tanggihan ang iyong kahilingan para sa isang pag-amyenda kung ito ay hindi nakasulat o walang kasamang dahilan upang suportahan ang kahilingan. Bilang karagdagan, maaari naming tanggihan ang iyong kahilingan kung hihilingin mo sa amin na baguhin ang impormasyon na:

kahilingan para sa mga paghihigpit kung hindi kami makasunod o naniniwala na ito ay negatibong makakaapekto sa pangangalaga na ibinibigay namin para sa iyo. Sa iyong kahilingan, dapat mong sabihin sa amin kung anong impormasyon ang gusto mong limitahan at kung kanino mo gustong ilapat ang mga limitasyon; halimbawa, pagsisiwalat ng partikular na impormasyon sa iyong asawa.

Ako, _____, ay nabasa at/o nakatanggap ng kopya ng Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy ng Wahiawā Health Center.

Pirma ng Pasyente o Legal na Tagapangalaga

I-print ang Pangalan (kung hindi ang Firma ng Pasyente)

Petsa

Wahiawā Health Center

May Kaalaman na Pahintulot para sa Telemedicine/Virtual Communication Services

Kasama sa Telemedicine ang paggamit ng mga elektronikong komunikasyon upang bigyang-daan ang mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan sa iba't ibang lokasyon na tumulong sa pagsusuri, pagsusuri, pamamahala at paggamot ng ilang mga problema sa pangangalagang pangkalusugan. Maaaring kabilang sa mga tagapagbigay ng serbisyo ang mga practitioner ng pangunahing pangangalaga, mga espesyalista, at/o mga subspezyalista.

Ang mga electronic system na ginamit ay isasama ang network at software security protocols upang protektahan ang pagiging kompidensiyal ng data ng pagkakakilanlan at imaging ng pasyente at isasama ang mga hakbang upang pangalagaan ang data at upang matiyak ang integridad nito laban sa sinadya o hindi sinasadyang katiwalian.

Ang uri ng serbisyong ibibigay ng telehealth/virtual na komunikasyon ay:

- Pagpapayo sa Kalusugan ng Pag-uugali
- Serbisyong Medikal

Sa pagprima sa form na ito, naiintindihan ko ang sumusunod:

1. Ang nagpapakonsultang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o espesyalista ay nasa ibang lokasyon mula sa akin. Maaaring kasama ko ang isang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan sa silid upang tumulong sa konsultasyon.
2. Kinikilala ko na may karapatan akong humiling ng mga sumusunod:
 - Pag-alis ng mga partikular na detalye ng aking/ng mga pasyenteng medikal na kasaysayan/pisikal na pagsusuri na personal na sensitibo.
 - Pagtatanong sa mga hindi medikal na tauhan na umalis sa silid sa oras ng serbisyo kung hindi ipinag-uutos para sa mga alalahanin sa kaligtasan.
 - Pagwawakas ng serbisyo/sesyon anumang oras.
3. Ang nagtatanghal na tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan o propesyonal na tauhan ng pangangalagang pangkalusugan ay maaaring magpadala o magbahagi sa elektronikong paraan ng mga detalye ng aking medikal na kasaysayan, mga eksaminasyon, x-ray, mga pagsusuri, mga litrato o iba pang mga larawan sa provider na nasa ibang lokasyon.
4. Nauunawaan ko na ang mga batas na nagpoprotekta sa privacy at ang pagiging kumpidensiyal ng medikal na impormasyon ay nalalapat din sa telemedicine, at walang impormasyong nakuha sa paggamit ng telemedicine na nagpapakilala sa akin ang isisiwalat sa mga mananaliksik o iba pang entity nang walang pahintulot ko.
5. Naiintindihan ko na may karapatan akong bawiin ang aking pahintulot sa paggamit ng telemedicine sa

kurso ng aking pangangalaga anumang oras, nang hindi naapektuhan ang aking karapatan sa pangangalaga o paggamot sa hinaharap.

6. Naiintindihan ko na ang telemedicine ay maaaring may kasamang elektronikong komunikasyon ng aking personal na medikal na impormasyon sa ibang mga medikal na practitioner na maaaring matatagpuan sa ibang mga lugar.
7. Ang isang rekord ng konsultasyon ay itatago sa aking rekord ng medikal.

8. Naiintindihan ko na may mga potensyal na panganib sa teknolohiyang ito, kabilang ang mga pagkaantala, hindi awtorisadong pag-access at mga teknikal na problema.
9. Nauunawaan ko na maaari kong asahan ang mga inaasahang benepisyo mula sa paggamit ng telemedicine sa aking pangangalaga, ngunit walang mga resulta ang magagarantiya o masisiguro.

Pakisuyong i-marka ang isa sa mga kahon sa ibaba na naglalarawan sa iyong sitwasyon:

- Nabasa ko at lubos kong nauunawaan ang impormasyong ibinigay sa itaas tungkol sa telemedicine. Ibinibigay ko ang aking may-kaalamang pahintulot para sa paggamit ng telemedicine sa aking pangangalagang pangkalusugan.
- Hindi ako nagsasalita o nagbabasa ng Ingles at ipinaliwanag sa akin ng isang interpreter ang pahintulot na ito. Lubos kong nauunawaan ang mga tuntunin ng pahintulot na ito at kinikilala ko na ginawa ang mga paliwanag na tinutukoy. Ibinibigay ko ang aking may-kaalamang pahintulot para sa paggamit ng telemedicine sa aking pangangalagang pangkalusugan.

Pirma ng Pasyente: _____ Petsa: _____

I-print ang Pangalan ng Pasyente: _____

Pirma ng Tagapangalaga (kung naaangkop): _____ Petsa: _____

I-print ang Pangalan ng Tagapangalaga: _____

Kaugnayan sa Pasyente: _____

Email: _____

Saksi 1: _____ Petsa: _____

Interpreter (kung naaangkop): _____ Petsa: _____