



**PAHINTULOT NA GAMITIN, IBUNYAG AT ILABAS ANG PROTEKTADONG IMPORMASYON NG KALUSUGAN
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (TAGALOG)**

Nauunawaan ko ang sumusunod: I understand the following:

- **May karapatan akong tumanggap lumagda sa form na ito para sa pahintulot na ibunyag o ilabas ang aking protektadong impormasyon ng kalusugan. Walang magiging masamang epekto ang pagtanggap lagdaan ang pahintulot na ito sa aking kakayahang tumanggap ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o pagsasauli para sa mga serbisyo. Ang tanging sitwasyon kapag tumanggi sa paglagda sa pahintulot na ito na maaaring makaapekto sa aking kakayahan na tumanggap ng mga serbisyo sa pangkalusugang pangangalaga ay kung ang mga serbisyo sa pangkalusugang pangangalaga ay may kaugnayan sa pananaliksik o sa layunin lamang ng pagbibigay ng pangkalusugang impormasyon sa isa at kailangan ang awtorisasyon upang gumawa ng pagbubunyag.**

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- **Maaaring mayroong bayad na kasama sa kahilingang ito.** There may be a fee associated with this request.
- **Maaaring napapailalim ang impormasyong ginamit o ibinunyag na alinsunod sa pahintulot na ito sa muling pagbubunyag at hindi na napoprotektan sa ilalim ng batas pederal. Gayunman, nauunawaan ko ring batas pederal o estado ang maaaring maghigpit sa muling pagbubunyag ng HIV/AIDS, impormasyong pangkalusugan ng pag-iisip, impormasyon sa genetic na pagsusuri, at diagnosis, panggagamot, o referral na impormasyon para sa pag-abuso sa bawal na gamot/alak.**

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- **May karapatan ako na tumanggap ng isang kopya ng nilagdaang pahintulot na ito.**
- **Maaari kong bawiin ang pahintulot na ito nang nakasulat ng anumang oras. Kung babawiin ko ang pahintulot na ito, maaaring hindi na magagamit o maibubunyag para sa mga layuning inilarawan sa nakasulat napahintulot ang inilarawan na impormasyon. Ang pagbubukod lang ay kapag gumawa ang Swedish ng pagkilos na umaasa sa awtorisasyon o nakuha ang pahintulot bilang isang kondisyon sa saklaw ng insurance.**

I have the right to receive a copy of this signed authorization.

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

Pakisumite ang pahintulot o pagbawing ito sa isa sa mga lokasyong ito kung saan mo natanggap ang pangangalaga:
Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

Swedish Medical Center Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 Fax: (206) 320-2626 Email: ROI@swedish.org	Swedish Medical Group Telepono/Phone: (206) 320-3025 Fax: (478) 238-9436 Email: smgroi-wa@cioxhealth.com
---	--

Mahalaga: Hindi na nagpi-print o naglalabas ang Swedish ng mga numero ng social security ng pasyente maliban kung kinakailangan sa pagsingil. Gayunman, maaaring isama ang mga numero ng social security sa impormasyon ng pasyenteng nasa hustong gulang. Maaaring kasama ang numero ng iyong social security sa impormasyong pinahihintulutan mo na ilabas.

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.



**PAHINTULOT NA GAMITIN, IBUNYAG AT ILABAS ANG PROTEKTADONG IMPORMASYON NG KALUSUGAN
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (TAGALOG)**

Sa pamamagitan nito, walang anumang legal na responsibilidad o pananagutan ang pasilidad, ang mga empleyado, opisyal at manggagamot nito, para sa pagbubunyag ng impormasyong nasa itaas sa paraang nakasaad at pinahihintulutan.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Hindi nagtatangi ang Swedish Health Services at Mga Kasosyo nito sa kanilang mga programa at aktibidad na pangkalusugan batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kasarian, edad, o kapansanan.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

PANSININ: Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa (888) 311-9127 (TTY: 711).

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

Pinahihintulutan ko ang Swedish na gamitin at ibunyag ang isang kopya ng partikular na impormasyong pangkalusugang inilarawan sa ibaba tungkol sa:

I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

Pangalan ng Pasyente/Patient's Name: _____ **Petsa ng Kapanganakan /DOB:** _____

Address ng Pasyente/Patient's Address: _____ **Telepono/Phone:** _____

Lungsod/City: _____ **Estado/State:** _____ **Zip Code:** _____

Ibubunyag kay: **Sarili** **O Pangalan ng Tatanggap:** _____
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

Address ng Tatanggap: _____
Recipient's Address:

Lungsod/City: _____ **州/Estado** _____ **Zip Code:** _____

Telepono/Phone: _____ **Fax:** _____ **Email:** _____

Mangyaring ipadala ang aking mga rekord sa pamamagitan ng: MyChart Email Disc **Papel** Fax
Please send my records via: Paper

Humihiling ako ng impormasyon mula sa sumusunod na (mga) pasilidad:

I am requesting information from the following facility(s):

Pangalan ng Ospital (Ilista) at Numero ng Telepono Hospital Name (List) & Phone Number	Pangalan ng Klinika (Ilista) at Numero ng Telepono Clinic Name (List) & Phone Number

Para sa mga petsa mula: _____ **hanggang:** _____
For the range of dates from: to:

Para sa impormasyong may kinalaman sa sumusunod na diagnosis o pinsala: _____
For information related to the following diagnosis or injury:

Impormasyong ibubunyag/Information to be disclosed:

- Kasaysayan at Pisikal/History & Physical**
- Ulat sa Operasyon/Operative Report**
- Mga Ulat ukol sa Diagnosis (lab, x-ray, EKG, atbp.)**
Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.)
- Buod ng Paglabas /Discharge Summary**
- Ulat ng Departamento ng Emergency/Emergency Department Report**
- Mga Tala ng Progreso/Progress Notes**



**PAHINTULOT NA GAMITIN, IBUNYAG AT ILABAS ANG PROTEKTADONG IMPORMASYON NG KALUSUGAN
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (TAGALOG)**

Iba pa (tukuyin)/ Other (specify): _____

Para sa layunin ng: _____
For the purpose of:

Maliban kung bawiin, mawawalan ng bisa ang pahintulot na ito sa loob ng 180 araw o sa Petsang ito: _____
Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

Mga Tuntunin: Angpahintulot n ito, maliban kung ipinahayag na nililimitahan ko nang nakasulat, ay sasaklaw sa lahat ng aspekto ng pagsusuri at/o pangagamot ng seksuwal na nakakahawang mga sakit, AIDS, HIV Infection, pag-abuso ng alak at/o ipinagbabawal na gamot, mga kondisyon ng kalusugang pangkaisipan, o iba pang sensitibong impormasyon.

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

Lagda ng Pasyente: _____ **Petsa/Date:** _____
Patient Signature: (I-print ang form at lagdaan sa pamamagitan ng kamay)
(Print form and sign by hand)

Pangalan ng Kinatawan ng Pasyente: _____ **Petsa/Date:** _____
Patient Representative Name:

Pangalan ng Kinatawan ng Pasyente: _____
Patient Representative Signature: (I-print ang form at lagdaan gamit ang kamay. Mangyaring ilakip ang mga sumusuportang dokumento.)
(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

Kaugnayan sa Pasyente: _____
Relation to Patient:



1ROI