

## PORMA PARA SA REKLAMO TUNGKOL SA BAYARIN SA OSPITAL

HCAI-Legal-560 (New 8/24/2023)

- ✓ Maaari mong ihain ang iyong reklamo nang online sa: [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](https://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov).
- ✓ Para sa lib्रेng tulong sa iyong reklamo, maaari kang makipag-ugnayan sa Health Consumer Alliance sa pamamagitan ng pagbisita sa [healthconsumer.org](https://healthconsumer.org), o sa pamamagitan ng pagtawag sa (888) 804-3536.
- ✓ Para maimbestigahan ng HCAI kung tinanggihan ka ng ospital nang may kamalian para sa tulong sa pagbabayad ng iyong mga medikal na bayarin, dapat ay naisagawa mo na ang aplikasyon para sa pagbabayad nang may diskwento at/o pangangalagang libre o pangkawanggawa **bago mo ihain ang reklamong ito.**
- ✓ Kung nagpapadala ka ng iyong mga dokumento sa koreo, mangyaring isama lamang ang mga kopya ng mga dokumento. **Huwag kang magpadala ng mga orihinal dahil ang mga kopya ay hindi na ibabalik sa iyo.**

### SEKSYON 1: IMPORMASYON NG PASYENTE

1. Pangalan, Gitnang Pangalan, Apelyido \_\_\_\_\_
2. Mas Gustong Pangalan (opsyonal) \_\_\_\_\_
3. Kasarian:  Babae  Lalaki  Hindi Alam  Mas gusto na hindi sabihin
4. Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_
5. Ang pasyente ba ay patay na?  Oo  Hindi
6. Menor de edad ba ang pasyente?  Oo  Hindi
7. Para sa mga menor de edad na pasyente, mangyaring ilimbag ang pangalan ng kanilang magulang o legal na tagapag-alaga: \_\_\_\_\_
8. Address sa Pagpapadala ng Koreo, Siyudad, Estado, ZIP Code (5 numero), Pangalan ng Bansa \_\_\_\_\_
9. Pangunahing Numero ng Telepono \_\_\_\_\_
10. Pangsekundaryong Numero ng Telepono \_\_\_\_\_
11. Address ng Email: \_\_\_\_\_
12. Mayroon bang tumutulong sa iyo na maghain ng iyong reklamo, maliban sa magulang mo o sa legal na tagapag-alaga ng isang batang wala pang 18 taong gulang?  Oo  Hindi  
*Kung mayroon, mangyaring kumpletuhin ang form ng Awtorisadong Kinatawan.*

### SEKSYON 2: IMPORMASYON NG PAMILYA

Para sa mga pasyenteng nasa 18 taong gulang at mas matanda, ibigay ang buong pangalan, edad, at relasyon ng mga sumusunod: asawa, domestikong kapareha/ kinakasama sa tahanan, at mga dependenteng anak/ batang wala pang 21 taong gulang (kasama mang naninirahan sa bahay o hindi). Para sa mga pasyenteng wala pang 18 taong gulang, ibigay ang buong pangalan, edad, at relasyon ng mga sumusunod: mga magulang, kamag-anak na tagapag-alaga, at iba pang mga batang wala pang 21 taong gulang ng mga magulang o kamag-anak na tagapag-alaga. (Kung naglilista ng higit sa anim na miyembro ng pamilya, punan ang karagdagan/ addendum sa pahina 11.)

Numero	Buong Pangalan	Edad	Relasyon sa Pasyente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

### SEKSYON 3: IMPORMASYON NG OSPITAL

13. Pangalan ng Ospital: \_\_\_\_\_

14. Pangalan ng Siyudad, Estado, ZIP Code (5 numero) \_\_\_\_\_

15. Petsa ng pagpasok: \_\_\_\_\_ 16. Petsa ng paglabas: \_\_\_\_\_

17. Nakatanggap ka ba ng nakasulat na pagtatantya ng bayarin mula sa ospital?  Oo  Hindi  
*Kung oo, ilakip ang pangportang dokumentasyon, kung mayroon.*

18. Mga petsa ng (mga) serbisyo na sinisingil ng ospital: \_\_\_\_\_  
*Kung higit sa isang admisyon o maramihang hiwa-hiwalay na petsa ng serbisyo, mangyaring magsumite ng magkakahiwalay na reklamo.*

19. Nagbayad ka na ba ng anumang halaga para sa (mga) serbisyong pinag-uusapan?

Oo  Hindi  Unknown

*Kung oo, magbigay ng pangsuportang dokumentasyon at petsa ng huling pagbabayad, kung mayroon:* \_\_\_\_\_

### SEKSYON 4: IMPORMASYON PARA SA PLANONG/SEGURONG PANGKALUSUGAN (HEALTH PLAN)

20. May kaugnayan ba ang mga serbisyo ng ospital sa mga pinsalang dulot ng ikatlong partido o tinatawag na third-party (tulad ng aksidente sa sasakyan, krimen, o pinsalang may kaugnayan sa trabaho)?  Oo  Hindi  Hindi matukoy

21. Mayroon o nakatala ka ba sa isang plano/segurong pangkalusugan, at/o programa sa seguro ng gobyerno (ibig sabihin, Medi-Cal, Medicare, Medicare Supplemental Insurance, atbp.) para sa alinman sa mga petsa ng serbisyong pinag-uusapan?  Oo  Hindi  Hindi matukoy

*Kung oo, para sa bawat uri ng saklaw ng seguro, mangyaring ilista ang pangalan ng plano/seguro, mga petsa ng bisa ng pagkakasaklaw sa seguro, numero ng ID sa pagiging miyembro o nasasaklaw, at lagyan ng tsek ang nakalaang kahon para sa naturang uri ng pagkasaklaw ng seguro sa ibaba, kung mayroon.*

\_\_\_\_\_ Pangunahing Nakasasaklaw na Seguro

\_\_\_\_\_ Mga Petsa ng Pagkakasaklaw

Numero ng ID sa Pagiging Miyembro/Nasasaklaw: \_\_\_\_\_

Komersyal/ Amo sa Trabaho  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental Insurance

Pangsekundaryong Nakasasaklaw na Seguro

Mga Petsa ng Pagkakasaklaw

Numero ng ID sa Pagiging Miyembro/Nasasaklaw: \_\_\_\_\_

Komersyal/ Amo sa Trabaho  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental Insurance

Ibang pang Nakasasaklaw na Seguro

Mga Petsa ng Pagkakasaklaw

Numero ng ID sa Pagiging Miyembro/Nasasaklaw: \_\_\_\_\_

Komersyal/ Amo sa Trabaho  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental Insurance

Ibang pang Nakasasaklaw na Seguro

Mga Petsa ng Pagkakasaklaw

Numero ng ID sa Pagiging Miyembro/Nasasaklaw: \_\_\_\_\_

Komersyal/ Amo sa Trabaho  Medi-Cal  Medicare  Medicare Supplemental Insurance

22. May naproseso bang anumang plano/segurong pangkalusugan, at/o programa ng seguro ng gobyerno sa alinman sa mga paghahabol para sa mga serbisyong sinisingil ng ospital?

Oo  Hindi  Hindi Naaangkop  Hindi matukoy

23. Kung mayroon, naghain ba ang pasyente ng reklamo o apela sa kanilang plano/segurong pnagkalusugan o programa ng seguro ng gobyerno tungkol sa usaping pagtangga?

Oo  Hindi  Hindi Naaangkop  Hindi matukoy

*Kung oo, isama ang isang kopya ng liham ng desisyon mula sa plano/ segurong pangkalusugan, o programa ng seguro ng gobyerno, at ang petsa kung kailan nalutas ang reklamo o apela, kung mayroon.*

24. Petsa ng pagkalutas ng reklamo o apela, kung naaangkop at mayroon: \_\_\_\_\_

## SEKSYON 5: IMPORMASYON SA PAGKOLEKTA NG UTANG

25. Ibinenta ba ng ospital ang medikal na utang na ito sa mga koleksyon/ tagakolekta ng utang o ikaw ba ay nasa panganib na ipadala o iharap sa mga koleksyon/ tagakolekta ng utang?

Oo  Hindi  Hindi matukoy

26. Kung oo, inireport ba ang utang sa isang credit bureau o nakaapekto ba ito sa iyong credit report/score?  Oo  Hindi  Hindi matukoy  Hindi Naaangkop

*Kung oo, mangyaring magbigay ng kopya ng iyong credit report.*

27. Pangalan ng tagakolekta ng utang kung naaangkop at mayroon: \_\_\_\_\_

28. Petsa kung kailan ibinenta sa mga koleksyon/ tagakolekta ang utang, kung naaangkop at mayroon: \_\_\_\_\_

29. Numero ng account, kung naaangkop at mayroon: \_\_\_\_\_

**Ang lahat ng impormasyong ibinigay ko sa paghahain ng reklamong ito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman.**

---

**Pangalan ng Pasyente (Limbag)**

---

**Lagda ng Pasyente o legal/ awtorisadong kinatawan**

Pakitandaan: Kung ang pasyente ay hindi makagawa ng medikal at/o pinansyal na mga desisyon at gusto ng isang kinatawan para makatulong sa reklamo, o para sa mga pasyenteng namatay na, mangyaring kumpletuhin ang kalakip na Form para sa Awtorisadong Kinatawan. Kung walang balido o wastong lagda mula sa pasyente, ang Awtorisadong Kinatawan ay dapat magbigay ng dokumentasyon ng legal na awtorisasyon para sa pagganap bilang awtorisadong kinatawan ng pasyente (ibig sabihin, Power of Attorney, dokumentasyon ng Conservatorship, Liham ng Pagkatalaga ng Tagapagpatupad [Letter of Appointment of Executor], atbp.).

## **SEKSYON 6: PAGLALABAS/PAGBABAHAGI NG IMPORMASYON**

HCAI-Legal-562 (New 8/24/23)

Ako si, [ilimbag ang pangalan ng pasyente] \_\_\_\_\_ ay nagbibigay ng aking pahintulot para sa [ilimbag ang pangalan ng ospital] \_\_\_\_\_ na ibahagi ang aking kumpletong rekord ng kalusugan kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, impormasyon sa pananalapi, bayarin, medikal, kalusugan ng isip, sakit o problema sa paggamit ng kinokontrol na sangkap/ droga, HIV, mga ulat sa diyagnostikong imahe, at iba pang mga rekord na nauugnay sa reklamong inihain ko, o inihain para sa akin, sa California Department of Health Care Access and Information (HCAI), Hospital Bill Complaint Program (HBCP), para sa layunin ng pagtukoy kung ang pinangalanang ospital ay sumusunod sa Hospital Fair Billing Act at mga nauugnay na regulasyon.

Nauunawaan ko na ang aking mga rekord ng sakit o problema sa paggamit ng kinokontrol na sangkap/ droga, kung mayroon man, ay protektado sa ilalim ng mga pederal na regulasyon na namamahala sa pagiging kumpidensyal, ganon din sa ilalim ng Bahagi 2 ng Substance Use Disorder Patient Records 42 C.F.R., at mga bahaging 160 at 164 ng Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 45 C.F.R., at hindi ito maaaring ibunyag nang wala ang aking nakasulat na pahintulot maliban na lamang kung iba ang itinatadhana ng regulasyon.

Alusugan anumang oras at maaari ko itong gawin sa pamamagitan ng pagsulat sa pamamagitan ng koreo sa:

Department of Health Care Access and Information  
Hospital Fair Billing Program  
2020 West El Camino, Suite 1101  
Sacramento, CA 95833

Maliban kung bawiin, ang awtorisasyong ito ay mawawalan ng bisa 12 buwan pagkatapos ng petsa ng aking paglagda sa form na ito o kapag ang aking reklamo ay sarado na, alinman ang mangyari nang mas maaga. Magkakabisa ang pagbawi kapag natanggap ng HBCP ang aking nakasulat na kahilingan, maliban sa kung hanggang kailan na ang HBCP o ang iba pa ay nagtiwala na sa aking paunang pahintulot para sa pagpapalabas ng naturang medikal na impormasyon.

Nauunawaan ko na ang awtorisasyong ito sa paglalabas/ pagbabahagi impormasyong pangkalusugan ay boluntaryo subalit hindi mapoproseso ng HBCP ang aking reklamo tungkol sa bayarin sa ospital nang hindi ko nilalagdaan ang pagpapahintulot ng paglalabas/ pagbabahaging ito.

Maliban kung iniaatas ng batas, pinagbabawalan ng batas ng California ang HCAI na higit pang ibunyag ang impormasyon ko sa kalusugan maliban na lamang kung ang HCAI ay kumuha ng isa pang awtorisasyon. Nauunawaan ko na kung pinahintulutan

ko ang pagsisiwalat ng aking impormasyong pangkalusugan sa isang taong hindi legal na inatasan para panatilihin itong kumpidensyal, maaaring hindi na ito maprotektahan ng mga batas sa pagiging kumpidensyal ng estado o pederal.

Nauunawaan kong may karapatan akong makatanggap ng kopya ng awtorisasyong ito.

Lagda ng Pasyente: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

Ilimbag ang iyong pangalan: \_\_\_\_\_

Kung ang form na ito ay kinukumpleto ng isang taong may legal na awtorisasyon na gumanap sa ngalan ng isang indibidwal, tulad ng magulang o legal na tagapag-alaga ng isang menor de edad o ahente/ kinatawan ng pangangalagang pangkalusugan, mangyaring kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan ng taong kumukumpleto ng form na ito: \_\_\_\_\_

Lagda ng taong kumukumpleto ng form na ito: \_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_

Ilarawan sa ibaba kung paanong ang taong ito ay may legal na awtorisasyon sa paglagda sa form na ito: \_\_\_\_\_

---

## DEMOGRAPIKONG IMPORMASYON

Ang mga sumusunod na pandemograpikong katanungan ay gagamitin lamang para sa mga layunin ng pag-uulat at pagsusuri. Opsyonal ang impormasyong ito. **Kung hindi mo gustong ibigay ang impormasyong ito, hindi ito makakaapekto sa kalalabasan ng iyong reklamo sa anumang kaparaanan.**

### 1. WIKA

Mas gustong Wika sa Pagsasalita: \_\_\_\_\_

Gusto mo bang makipag-usap kami sa iyo sa mas gusto mong wika?  Oo  Hindi

### 2. LAHI AT/O ETNISIDAD

#### Ano ang iyong lahi at/o etnisidad?

Piliin ang lahat ng kategorya at subkategorya na naaangkop at ilagay ang anumang karagdagang detalye sa mga puwang sa ibaba. Tandaan, maaari kang mag-ulat/ magreport ng higit sa isang grupo.

#### AMERICAN INDIAN or ALASKA NATIVE

*Magbigay ng mga detalye sa ibaba.*

Nasyon ng Navajo (Nabajo Nation)  Opsyon sa Pagsulat: \_\_\_\_\_

#### ASIAN OR ASIAN AMERICAN

*Magbigay ng mga detalye sa ibaba.*

Asian Indian  Cambodian  Chinese  Filipino/a  Hmong  Japanese  Korean

Laotian  Pakistani  Vietnamese  Opsyon sa Pagsulat: \_\_\_\_\_

#### BLACK OR AFRICAN AMERICAN

*Magbigay ng mga detalye sa ibaba.*

African American  Barbadian  Ethiopian  Ghanaian  Haitian  Jamaican  Kenyan

Nigerian  Somali  South African  Sudanese  Opsyon sa Pagsulat: \_\_\_\_\_

#### HISPANIC or LATINA/O

*Magbigay ng mga detalye sa ibaba.*

Colombian  Cuban  Dominican  Ecuadorian  Guatemalan  Honduran  Mexican or Mexican American  Puerto Rican  Salvadoran  Spaniard

Opsyon sa Pagsulat: \_\_\_\_\_

#### GITNANG SILANGANIN o HILAGANG APRIKANO

*Magbigay ng mga detalye sa ibaba.*

Afghan  Algerian  Armenian  Egyptian  Iranian  Iraqi  Israeli  Kurdish

Lebanese  Moroccan  Syrian  Opsyon sa Pagsulat: \_\_\_\_\_

#### KATUTUBONG TAGA-HAWAII o PASIPIKONG TAGA-ISLA

*Magbigay ng mga detalye sa ibaba.*

Chamorro  Chuukese  Fijian  Guamanian  Marshallese  Native Hawaiian  Palauan

Samoan  Tahitian  Tongan  Opsyon sa Pagsulat: \_\_\_\_\_

**WHITE**

*Magbigay ng mga detalye sa ibaba.*

- Dutch  English  French  German  Irish  Italian  Norwegian  Polish  
 Portuguese  Russian  Scottish  Opsyon sa Pagsulat: \_\_\_\_\_

**3. IDENTIDAD/ PAGKAKAKILANLAN SA KASARIAN**

*Magbigay ng mga detalye sa ibaba.*

- Babae  Lalaki  Babae-sa-Lalaki/Transgender na Lalaki/Trans Man  
 Lalaki-sa-Babae/Transgender na Babae/Trans Woman  
 Genderqueer (hindi eksklusibong lalaki o babae)  Hindi alam / Mas gusto na hindi sabihin  
 Opsyon sa Pagsulat: \_\_\_\_\_



## PAUNAWA TUNGKOL SA INFORMATION PRACTICES ACT OF 1977

Ang Information Practices Act of 1977 (California Civil Code section 1798.17) ay nag-aatas ng mga sumusunod na paunawa:

Ang seksyon 127436 ng Health and Safety Code ay nagbibigay sa Department of Health Care Access and Information (HCAI) ng awtoridad na imbestigahan ang mga reklamo sa bayarin sa ospital na may kaugnayan sa may diskwentong bayad sa ospital at/o mga patakaran sa pangangalagang libre o kawanggawa.

- Ginagamit ng Hospital Fair Billing Program ng HCAI ang personal mong impormasyon para imbestigahan ang iyong reklamo sa bayarin sa ospital.
- Maaari mong boluntaryong ibigay ang impormasyong ito sa HCAI, kahit na hindi ito iniaatas. Gayunpaman, kung hindi ka magbibigay ng hinihiling na impormasyon, maaaring hindi maimbestigahan ng HCAI ang iyong reklamo.
- Maaaring ibahagi ng HCAI ang iyong personal na impormasyon, kung kinakailangan, sa ospital at mga provider para imbestigahan ang iyong reklamo.
- Maaari ding ibahagi ng HCAI ang iyong impormasyon sa ibang mga ahensya ng gobyerno ayon sa iniaatas o pinapayagan ng batas.
- May karapatan kang makita ang iyong personal na impormasyon. Kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon o may mga tanong ka tungkol sa privacy o pagiging kumpidensyal ng personal na pagkakakilanlang mga datos na pinananatili ng HCAI, mangyaring makipag-ugnayan sa Privacy Officer sa:

Department of Health Care Access and Information  
Privacy Officer  
2020 West El Camino, Suite 800  
Sacramento, CA 95833  
[Privacy.Officer@HCAI.ca.gov](mailto:Privacy.Officer@HCAI.ca.gov)  
[hcai.ca.gov/home/privacy-policy/](http://hcai.ca.gov/home/privacy-policy/)

## BAGO KA MAGHAIN NG REKLAMO

Kung gusto mong imbestigahan ng HCAI kung tinanggihan ka ng ospital nang may kamalian para sa tulong sa pagbabayad ng iyong mga medikal na bayarin, dapat ay nagsagawa ka na ng aplikasyon na para sa tulong pinansyal sa ospital kung saan ka nakatanggap ng mga serbisyo. Kung hindi ka pa nakakapagsagawa ng aplikasyon sa ospital, dapat kang makipag-ugnayan sa ospital para sa karagdagang impormasyon kung paano ito gawin. Kung gusto mo ng tulong, maaari kang tumawag sa Health Consumer Alliance sa 888-804-3536, o pumunta sa [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) para sa karagdagang impormasyon.

## PAANO MAGHAIN NG REKLAMO

1. Maghain ng reklamo online sa [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) (ito ang pinakamabilis na paraan para sa paghahain ng reklamo).  
Sundin ang mga tagubilin online at lagdaan ang Form para sa Reklamo.
2. Kung gumagamit ka ng Awtorisadong Kinatawan, kumpletuhin ang 'Form para sa Awtorisadong Kinatawan (Authorized Representative Form).'
3. Maglakip ng kopya ng iyong kamakailang W-2 o mga pay stub ng anim na buwan mong sahod/kita.

4. Maaari mong isama ang iba pang mga dokumento na sumusuporta sa iyong kahilingan tulad ng alinman sa mga sumusunod:
  - Nakasulat na pagtatantya ng bayarin mula sa ospital.
  - Anumang dokumentasyong nagpapakita ng mga pagbabayad na ginawa para sa mga sinisingil na serbisyo.
  - Anumang pakikipag-ugnayan sa iyong plano/segurong pangkalusugan o programa ng seguro ng gobyerno tungkol sa mga sinisingil na serbisyo.
  - Ang patunay na ang medikal na utang ay ibinenta sa mga koleksyon/ tagakolekta ng utang o nasa panganib na ipadala sa mga koleksyon/ tagakolekta ng utang.
  - Isang kopya ng iyong credit report kung naapektuhan ang iyong credit score.

Pakitandaan, tanging ang dokumentasyon na nauugnay sa (mga) petsa ng serbisyong nakalista sa iyong reklamo ang isasaalang-alang.

5. Kung hindi ka nagsusumite online, mangyaring ipadala ang iyong Form para sa Reklamo at anumang pangsuportang dokumentasyon sa:

Department of Health Care Access and Information  
Hospital Bill Complaint Program  
2020 West El Camino, Suite 1101  
Sacramento, CA 95833

## ADDENDUM PARA SA KARAGDAGANG MIYEMBRO NG PAMILYA

HCAI-Legal-564 (New 8/24/23)

Pakikumpleto ang pahinang ito kung mayroon ka pang idaragdag na mga miyembro ng pamilya. Kung kailangan mo ng karagdagang espasyo, mangyaring gumawa ng mga karagdagang kopya ng pahinang ito para maisumite mo kasama ng iyong reklamo.

### IMPORMASYON NG PAMILYA

Para sa mga pasyenteng nasa 18 taong gulang at mas matanda, ibigay ang buong pangalan, edad, at relasyon ng mga sumusunod: asawa, domestikong kapareha/ kinakasama sa tahanan, at mga dependenteng anak/ batang wala pang 21 taong gulang (kasama mang naninirahan sa bahay o hindi).

Para sa mga pasyenteng wala pang 18 taong gulang, ibigay ang buong pangalan, edad, at relasyon ng mga sumusunod: mga magulang, kamag-anak na tagapag-alaga, at iba pang mga batang wala pang 21 taong gulang ng mga magulang o kamag-anak na tagapag-alaga.

Numero	Buong Pangalan	Edad	Relasyon sa Pasyente
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

## PORMA PARA SA AWTORISADONG KINATAWAN

HCAI-Legal-561 (New 8.24.23)

- Kung gusto mong bigyan ng pahintulot ang ibang tao na kumatawan sa iyo o tulungan ka sa iyong reklamo, kumpletuhin ang mga Bahaging A at B sa ibaba.
- **Kung ikaw ay isang magulang o legal na tagapag-alaga na nagsusumite ng reklamong ito para sa isang batang wala pang 18 taong gulang, hindi mo kailangang kumpletuhin ang form na ito.**
- Kung ikaw ay naghahain ng reklamong ito para sa isang pasyente at ikaw ay itinalaga ng batas na gumanap sa ngalan ng pasyente, mangyaring kumpletuhin ang Bahaging B lamang. Dapat kang maglakip ng kopya ng dokumentasyon na nagbibigay sa iyo ng legal na awtorisasyon na gumanap bilang awtorisadong kinatawan ng pasyente.

### BAHAGI A: KINUMPLETO NG PASYENTE

Pinahihintulutan ko ang taong pinangalanan sa ibaba sa Bahaging B na gumanap sa aking ngalan sa reklamo kong inihain sa Department of Health Care Access and Information (HCAI). Pinahihintulutan ko rin ang mga kawani ng HCAI na magbahagi sa naturang taong pinangalanan sa ibaba ng mga impormasyon tungkol sa pananalapi at tungkol sa aking (mga) kondisyong medikal at kaugnay na pangangalaga. Nauunawaan at kinikilala ko na ang mga talaang ito ay maaaring may kasamang mga impormasyon tungkol sa pananalapi, bayarin, medikal, kalusugan ng isip, pag-abuso sa sangkap o droga, HIV, mga ulat sa diyagnostikong imahe, at iba pang mga talaan na nauugnay sa reklamo.

Ang pag-apruba ko sa representasyong ito ay boluntaryo, at mayroon akong karapatan na ito ay wakasan. Kung nais ko itong wakasan, dapat ko itong gawin sa pamamagitan ng pagsulat.

1. Lagda ng Pasyente \_\_\_\_\_

2. Ilimbag ang Pangalan ng Pasyente \_\_\_\_\_

3. Petsa: \_\_\_\_\_

### BAHAGI B: KINUMPLETO NG TAONG TUMUTULONG SA PASYENTE

4. Pangalan ng Pasyente: \_\_\_\_\_

5. Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan: \_\_\_\_\_

6. Relasyon sa Pasyente: \_\_\_\_\_

7. Address sa Pagpapadala ng Koreo, Siyudad, Estado, ZIP Code (Limang numero), Pangalan ng Bansa \_\_\_\_\_

8. Numero ng Telepono \_\_\_\_\_

9. Address ng Email \_\_\_\_\_

10. Lagda ng Awtorisadong Kinatawan \_\_\_\_\_

11. Petsa \_\_\_\_\_

12.  Nakalakip ang dokumentasyon ng aking legal na awtorisasyon na gumanap bilang awtorisadong kinatawan ng pasyente. (Lagyan ng tsek kung naaangkop).