FORM NG REKLAMO SA BAYARIN SA OSPITAL

HCAI-Legal-560 (REV 12/23/2025)

- Maaari mong ihain ang iyong reklamo online sa: hcai.ca.gov/HospitalBillHelp.
- Para sa libreng tulong sa iyong reklamo, maaari kang makipag-ugnayan sa Health Consumer Alliance sa pamamagitan ng pagbisita sa healthconsumer.org, o sa pamamagitan ng pagtawag sa (888) 804-3536.
- Ang programang ito ay walang hurisdiksyon (awtoridad) sa mga hindi pagkakaunawaan sa pagsingil at bayarin sa pangkalahatan, kalinawan sa presyo, Mga Tapat na Pagtatantiya, o pagsingil ng provider sa emergency room (maliban sa mga singil sa pasilidad).
- Kung ipapadala mo ang iyong mga dokumento sa koreo, mangyaring magsama lamang ng mga kopya ng mga dokumento. **Huwag ipadala ang mga orihinal, hindi ito ibabalik.**

SEKSYON 1: IMPORMASYON TUNGKOL SA PASYENTE

______________________________ ______________________________

1. Pangalan, Gitnang Pangalan, Apelyido
2. Mas Gustong Pangalan (opsyonal)

3. Kasarian: ☐ Babae ☐ Lalaki ☐ Hindi Alam ☐ Mas gustong hindi sabihin

4. Petsa ng Kapanganakan: ______________

5. Namatay na ba ang pasyente?
☐ 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 kanyang magulang o legal na tagapag-alaga: ______________________________

____

8. Address na Pangkoreo, Lungsod, Estado, ZIP Code (5-digit), Pangalan ng Bansa

____________________ ____________________ ____________________

9. Pangunahing Numero ng Telepono
10. Pangalawang Numero ng Telepono
11. Email Address

12. Mayroon bang ibang tao, maliban sa magulang o legal na tagapag-alaga ng batang wala pang 18 taong gulang, na tumutulong sa iyo sa paghahain ng iyong reklamo? ☐ Oo ☐ Hindi
Kung oo, mangyaring kumpletuhin ang Form ng Awtorisadong Kinatawan sa pahina 11.

SEKSYON 2: IMPORMASYON TUNGKOL SA PAMILYA (NOONG PANAHON NA IBINIGAY ANG MGA SERBISYO SA OSPITAL)

13. Laki ng Pamilya: ______________________________

Para sa mga pasyenteng 18 taong gulang at pataas, kabilang sa pamilya ang mga sumusunod: asawa, domestic partner, at mga dependent na anak na wala pang 21 taong gulang, o anumang edad kung may kapansanan, nakatira man sa bahay o hindi. Para sa mga pasyenteng wala pang 18 taong gulang, o para sa dependent na anak na 18 hanggang 20 taong gulang, kabilang sa pamilya ang mga sumusunod: mga magulang, mga kamag-anak na tagapag-alaga, at iba pang mga dependent na anak ng magulang o mga kamag-anak na tagapag-alaga na wala pang 21 taong gulang, o anumang edad kung may kapansanan. Kung maglilista ng mahigit sa limang miyembro ng pamilya, punan ang addendum sa pahina 10.

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

SEKSYON 3: IMPORMASYON TUNGKOL SA OSPITAL

14. Pangalan ng ospital: ______________________________

15. Address, Lungsod, Estado, ZIP Code (5-digit): ______________________________

16. Petsa ng (mga) serbisyong sinisingil ng ospital: ______________________________

Mangyaring magbigay ng kopya ng anumang bayarin, kung mayroon.

17. Mayroon ka bang nabayarang anumang halaga para sa (mga) serbisyong pinag-uusapan? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi Alam

Kung oo, magbigay ng mga sumusuportang dokumento at petsa ng huling pagbabayad, kung mayroon: ______________________________

18. Nag-apply ka ba para sa diskuwento at/o pangangalagang pangkawanggawa sa ospital bago mo inihain ang reklamong ito? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung hindi, lumaktaw sa Seksyon 4. *Kung oo, ibigay ang kita ng iyong pamilya sa petsa kung kailan ka unang sinisingil para sa serbisyo o sa loob ng 12 buwan bago ang petsa kung kailan ka unang siningil para sa mga serbisyo.*

Kita ng pamilya ng pasyente: ______________________________

☐ Lingguhan ☐ Kada dalawang linggo ☐ Buwanan ☐ Taunan ☐ Iba pa: ____________________

19. Petsa na isinumite mo ang aplikasyon para sa tulong-pinansyal: ____________________

20. Tinanggihan ba ang iyong aplikasyon para sa tulong-pinansyal? ☐ Oo ☐ Hindi

Kung oo, petsa ng apela, kung naaangkop: ______________________________

SEKSYON 4: IMPORMASYON TUNGKOL SA PLANONG PANGKALUSUGAN

21. Mayroon bang anumang bahagi ng mga serbisyo ng ospital na saklaw ng kompensasyon para sa mga manggagawa, insurance para sa sasakyan, o iba pang insurance na hindi nakalista sa itaas? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi Alam

22. Naka-enroll ka ba sa isang planong pangkalusugan, plano ng insurance, at/o programa ng insurance ng gobyerno (ibig sabihin, Medi-Cal, Medicare, Medicare Supplemental Insurance, atbp.) para sa alinman sa mga petsa ng serbisyong pinag-uusapan? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi Alam

Kung oo, para sa bawat uri ng saklaw, mangyaring ilista ang pangalan ng plano, mga petsa ng pagkabisa ng saklaw, numero ng ID ng pagkamiyembro, at lagyan ng tsek ang kahon para sa uri ng saklaw sa ibaba, kung mayroon.

____________________	____________________	____________________
Pangunahing Saklaw	Mga Petsa ng Saklaw	Numero ng ID ng Pagkamiyembro

☐ Komersyal/Employer ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

__________________ ____________________________ ____________________________

Pangalawang Saklaw Mga Petsa ng Saklaw Numero ng ID ng Pagkamiyembro

☐ Komersyal/Employer ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

Iba pang Saklaw Mga Petsa ng Saklaw Numero ng ID ng Pagkamiyembro

☐ Komersyal/Employer ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

Iba pang Saklaw Mga Petsa ng Saklaw Numero ng ID ng Pagkamiyembro

☐ Komersyal/Employer ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Medicare Supplemental Insurance

23. Naiproseso ba ng planong pangkalusugan, plano ng insurance, at o programa ng insurance ng gobyerno ang alinman sa mga claim para sa mga serbisyong sinisingil ng ospital?

☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi Naaangkop ☐ Hindi Alam

SEKSYON 5: IMPORMASYON TUNGKOL SA PANGONGOLEKTA NG UTANG

24. Naibenta ba ng ospital ang medikal na pagkakautang na ito sa mga kolektor o nanganganib na ba na maipadala sa mga kolektor? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi Alam

25. Kung oo, naiulat ba ang utang sa isang credit bureau o naapektuhan ba nito ang iyong credit report/score?
☐ Oo ☐ Hindi ☐ Hindi Alam ☐ Hindi Naaangkop

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

26. Petsa kung kailan ibinenta ang utang sa mga kolektor o petsa kung kailan ka naabisuhan na ang iyong bayarin sa ospital ay nanganganib na maipadala sa mga kolektor, kung naaangkop at magagamit: ____

SEKSYON 6: IMPORMASYON TUNGKOL SA REKLAMO

Paglalarawan ng iyong reklamo: ____

____

____

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

____

Pangalan ng Pasyente (Ilimbag)

____

Lagda ng Pasyente o Legal na Kinatawan

Mangyaring Tandaan: Dapat kumpletuhin ang Form ng Awtorisadong Kinatawan kung ang form ng reklamo ay nilagdaan ng legal na kinatawan.

Inaawtorisahan ko ang Kagawaran na ipadala ang aking reklamo sa State Department of Public Health para sa mga isyung naganap bago ang Enero 1, 2024. ☐ Oo ☐ Hindi

SEKSYON 7: PAGLABAS NG IMPORMASYON

HCAI-Legal-562 (REV 12/23/2025)

Ako na si [ilimbag ang pangalan ng pasyente] _________________ ay nagbibigay ng aking pahintulot sa [ilimbag ang pangalan ng ospital] __________________ na ibahagi ang aking kumpletong rekord ng kalusugan kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, impormasyong pinansyal, pagsingil, medikal, kalusugan ng pag-iisip, sakit sa paggamit ng alkohol at/o droga, HIV, mga ulat na dyagnostik na imaging, at iba pang mga rekord na may kaugnayan sa reklamo na aking isinampa, o isinampa 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 kaugnay na regulasyon.

Nauunawaan ko na ang aking mga rekord ng sakit sa paggamit ng alkohol at/o droga, kung mayroon man, ay protektado sa ilalim ng mga pederal na regulasyon na namamahala sa pagiging kumpidensyal at Substance Use Disorder Patient Records 42 CFR, Bahagi 2 at ang Health Insurance Portability and Accountability Act ng 1996 (HIPAA), 45 CFR pts 160 at 164, at hindi maaaring isiwalat nang walang nakasulat na pahintulot ko maliban kung may ibang itinadhana sa regulasyon.

Ang awtorisasyon na ito na ibahagi ang aking impormasyon sa kalusugan ay may bisa hanggang sa malutas ang aking reklamo sa HCAI. Nauunawaan ko na pinahihintulutan akong bawiin ang pahintulot na ito na magbahagi ng datos na pangkalusugan sa anumang oras at maaari ko itong gawin 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 binawi sa ibang paraan, ang pahintulot na ito ay mawawalan ng bisa 12 buwan pagkatapos ng petsa ng aking paglagda sa form na ito o kapag ang aking reklamo ay naisara na, alinman ang mas maaga. Magkakabisa ang pagbawi kapag natanggap ng HBCP ang aking kahilingan sa paraang nakasulat, maliban kung sa abot na ang HBCP o ang iba pa ay umasa na sa aking naunang pahintulot para sa paglalabas ng medikal na impormasyon.

Nauunawaan ko na ang awtorisasyong ito na maglabas ng impormasyong pangkalusugan ay boluntaryo ngunit hindi maaaring iproseso ng HBCP ang aking reklamo tungkol sa singil sa ospital nang hindi nilalagdaan ang pahayag na ito.

Maliban kung iniaatas ng batas, ipinagbabawal ng batas ng California ang HCAI na higit pang isiwalat ang aking impormasyong pangkalusugan maliban kung nakakuha

ang HCAI ng isa pang awtorisasyon. Nauunawaan ko na kung inawtorisahan ko ang pagsisiwalat ng aking impormasyon sa kalusugan sa isang taong hindi legal na obligado na panatilihin itong kumpidensyal, maaaring hindi na ito maprotektahan ng mga batas ng estado o pederal na pamahalaan tungkol sa kumpidensyalidad.

Nauunawaan ko na 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 awtoridad na kumilos sa ngalan ng isang indibidwal, tulad ng magulang o legal na tagapag-alaga ng menor de edad o ahente ng pangangalagang pangkalusugan, mangyaring kumpletuhin ang sumusunod na impormasyon:

Pangalan ng Taong Kumukumpleto sa form na ito: ____________________________

Lagda ng Taong Kumukumpleto sa form na ito: _______________________________

Petsa: ____

Ilarawan sa ibaba kung paano mayroong legal na awtoridad ang taong ito na lumagda sa form na ito:

____

IMPORMASYONG PANDEMOGRAPIYA

Ang mga sumusunod na katanungang pandemograpiya ay gagamitin lamang para sa mga layunin ng pag-uulat at pagsusuri. **Opsyonal ang impormasyong ito. Kung hindi mo ninanais na ibigay ang impormasyong ito, hindi nito maaapektuhan ang kalalabasan ng iyong reklamo sa anumang paraan.**

1. WIKA

Mas gustong gamiting wika: ____

Gusto mo bang makipag-ugnayan 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 sub-kategorya na naaangkop at maglagay ng anumang mga karagdagang detalye sa mga espasyo sa ibaba. Tandaan, maaari kang mag-ulat ng mahigit sa isang grupo.

AMERIKANONG INDIAN o KATUTUBO NG ALASKA ☐
Ibigay ang mga detalye sa ibaba.
☐ Navajo Nation ☐ Opsyon ng pagsulat: ________________________________

ASYANO O ASYANONG AMERIKANO ☐
Ibigay ang mga detalye sa ibaba.
☐ Asyanong Indian ☐ Cambodian ☐ Tsino ☐ Filipino/a ☐ Hmong ☐ Hapon ☐ Koreano
☐ Laotian ☐ Pakistani ☐ Vietnamese ☐ Opsyon ng pagsulat: ____________________

ITIM O APRIKANONG AMERIKANO ☐
Ibigay ang mga detalye sa ibaba.
☐ Aprikanong Amerikano ☐ Barbadian ☐ Ethiopian ☐ Ghanaian ☐ Haitian ☐ Jamaican
☐ Kenyan ☐ Nigerian ☐ Somali ☐ South African ☐ Sudanese ☐ Opsyon ng pagsulat:

HISPANIKO o LATINA/O ☐
Ibigay ang mga detalye sa ibaba.
☐ Colombian ☐ Cuban ☐ Dominican ☐ Ecuadorian ☐ Guatemalan ☐ Honduran
☐ Mehikano o Mehikanong Amerikano ☐ Puerto Rican ☐ Salvadoran ☐ Espanyol
☐ Opsyon ng pagsulat: ____

TAGA-GITNANG SILANGAN o TAGA-HILAGANG APRIKA ☐
Ibigay ang mga detalye sa ibaba.
☐ Afghan ☐ Algerian ☐ Armenian ☐ Egyptian ☐ Iranian ☐ Iraqi ☐ Israeli ☐ Kurdish
☐ Lebanese ☐ Moroccan ☐ Syrian ☐ Opsyon ng pagsulat: ____________________

KATUTUBO NG HAWAII o TAGA-ISLA PASIPIKO ☐
Ibigay ang mga detalye sa ibaba.
☐ Chamorro ☐ Chuukese ☐ Fijian ☐ Guamanian ☐Marshallese ☐ Katutubo ng Hawaii
☐ Palauan ☐ Samoan ☐ Tahitian ☐ Tongan ☐ Opsyon ng pagsulat: ________________________

PUTI ☐
Ibigay ang mga detalye sa ibaba.
☐ Olandes ☐ Ingles ☐ Pranses ☐ Aleman ☐ Irlandes ☐ Italyano ☐ Noruwego ☐ Polones
☐ Portuges ☐ Ruso ☐ Scottish ☐ Opsyon ng pagsulat: ____________________________________

3. PAGKAKAKILANLAN NG KASARIAN
Ibigay ang mga detalye sa ibaba.
☐ Babae ☐ Lalaki ☐ Babae na Naging Lalaki/Transgender na Lalaki/Trans Man
☐ Lalaki na Naging Babae/Transgender na Babae/Trans Woman
☐ Genderqueer (hindi eksklusibong lalaki o babae) ☐ Hindi alam/Mas gustong huwag sabihin
☐ Opsyon ng pagsulat: ____

PAUNAWA TUNGKOL SA INFORMATION PRACTICES ACT NG 1977 PARA SA MGA GAWAIN HINGGIL SA IMPORMASYON

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

- Ang seksyon 127436 ng Health and Safety Code ay nagbibigay sa Department of Health Care Access and Information (HCAI) ng awtoridad para imbestigahan ang mga reklamo sa pagsingil ng ospital na may kaugnayan sa mga patakaran sa pagbabayad ng diskwento at/o pangangalagang pangkawanggawa ng ospital.
- Ginagamit ng Hospital Fair Billing Program ng HCAI ang iyong personal na impormasyon upang imbestigahan ang iyong reklamo sa pagsingil ng ospital.
- Maaari mong kusang-loob na ibigay ang impormasyong ito sa HCAI, bagaman hindi ito kinakailangan. Gayunpaman, kung hindi mo ibibigay ang hinihinging impormasyon, maaaring hindi maimbestigahan ng HCAI ang iyong reklamo.
- Maaaring ibahagi ng HCAI ang iyong personal na impormasyon, kung kinakailangan, sa ospital at mga tagapagkaloob ng serbisyo upang imbestigahan ang iyong reklamo.
- Maaari ring ibahagi ng HCAI ang iyong impormasyon sa iba pang mga ahensya ng gobyerno kung kinakailangan o pinahihintulutan ng batas.
- May karapatan kang matingnan ang iyong personal na impormasyon. Kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon o may mga katanungan tungkol sa pagkapribado ng datos na makakatukoy sa personal na pagkakakilanlan na pinananatili ng HCAI, mangyaring makipag-ugnayan sa Opisyal sa Pagkapribado sa:

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

BAGO KA MAG-FILE

Kung nais mong imbestigahan ng HCAI kung hindi wasto ang pagkakatanggi sa iyo ng ospital para sa tulong sa pagbabayad ng iyong mga medikal na bayarin, dapat ay nakapag-apply ka na para sa tulong-pinansyal sa ospital kung saan mo natanggap ang mga serbisyo. Kung hindi ka pa nag-a-apply sa ospital, dapat kang makipag-ugnayan sa ospital para sa karagdagang impormasyon kung paano mag-apply. Kung gusto mo ng tulong, maaari mong tawagan ang Health Consumer Alliance sa (888) 804-3536, o pumunta sa healthconsumer.org para sa karagdagang impormasyon.

PAANO MAG-FILE

1. Mag-file online sa HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov (ito ang pinakamabilis na paraan ng pag-file).
   Sundin ang mga tagubilin online at lagdaan ang Form ng Reklamo.
2. Kung gumagamit ka ng Awtorisadong Kinatawan, kumpletuhin ang 'Form ng Awtorisadong Kinatawan.'
3. Maglakip ng kopya ng iyong tax return kamakailan o mga paystub kamakailan.
4. Maaari kang magsama ng iba pang mga dokumento na sumusuporta sa iyong kahilingan tulad ng alinman sa mga sumusunod:

- Nakasulat na pagtatantiya mula sa ospital.
- Anumang dokumentasyon na nagpapakita ng mga ibinayad sa mga serbisyong sinisingil.
- Anumang mga komunikasyon sa iyong planong pangkalusugan o programa ng seguro ng pamahalaan tungkol sa mga serbisyong sinisingil.
- Patunay na ang utang medikal ay naibenta sa mga kolektor o nasa panganib na ipadala sa mga kolektor.
- Isang kopya ng iyong credit report kung naapektuhan ang iyong credit score.

Pakitandaan, tanging ang mga dokumentasyon na may kaugnayan sa petsa/mga petsa ng serbisyong nakalista sa iyong reklamo ang isasaalang-alang.

5. Kung hindi ka magsusumite online, mangyaring ipadala ang iyong Form ng Reklamo at anumang sumusuportang dokumento sa:

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

ADDENDUM PARA SA DAGDAG NA MIYEMBRO NG PAMILYA

HCAI-Legal-564 (REV 12/23/25)

Mangyaring kumpletuhin ang pahinang ito kung maglilista ka ng mga karagdagang miyembro ng pamilya. Kung kailangan ng mas higit pang espasyo, mangyaring gumawa ng mga karagdagang kopya ng pahinang ito upang maisumite kasama ng iyong reklamo.

IMPORMASYON TUNGKOL SA PAMILYA

Para sa mga pasyenteng 18 taong gulang at pataas, kabilang sa pamilya ang mga sumusunod: asawa, domestic partner, at mga dependent na anak na wala pang 21 taong gulang, o anumang edad kung may kapansanan, nakatira man sa bahay o hindi. Para sa mga pasyenteng wala pang 18 taong gulang, o para sa dependent na anak na 18 hanggang 20 taong gulang, kabilang sa pamilya ang mga sumusunod: mga magulang, mga kamag-anak na tagapag-alaga, at iba pang mga dependent na anak ng magulang o mga kamag-anak na tagapag-alaga na wala pang 21 taong gulang, o anumang edad kung may kapansanan.

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

FORM NG AWTORISADONG KINATAWAN

HCAI-Legal-561 (REV 12/23/2025)

- Kung gusto mong bigyan ng pahintulot ang ibang tao na kumatawan sa iyo o tumulong sa iyong reklamo, kumpletuhin ang mga Bahagi A at B sa ibaba.
- **Kung ikaw ay 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 inihahain mo ang reklamong ito para sa isang pasyente at ikaw ay itinalaga ng batas na kumilos sa ngalan ng pasyente, mangyaring kumpletuhin lamang ang Bahagi B. Kailangan mong maglakip ng kopya ng dokumentasyon na nagbibigay sa iyo ng legal na awtoridad na kumilos bilang awtorisadong kinatawan ng pasyente.

BAHAGI A: KUKUMPLETUHIN NG PASYENTE

Pinahihintulutan ko ang taong pinangalanan sa ibaba sa Bahagi B na kumilos sa ngalan ko sa aking reklamo na isinampa sa Department of Health Care Access and Information (HCAI). Pinahihintulutan ko ang mga tauhan ng HCAI na ibahagi ang pinansyal na impormasyon at impormasyon tungkol sa aking (mga) medikal na kondisyon at kaugnay na pangangalaga sa taong pinangalanan sa ibaba. Nauunawaan at kinikilala ko na ang mga rekord na ito ay maaaring kabilangan ng pinansyal na impormasyon, pagsingil, medikal, kalusugan ng pag-iisip, pang-aabuso sa alkohol at/o droga, HIV, mga ulat sa dyagnostik na imaging, at iba pang mga rekord na may kaugnayan sa reklamo.

Ang aking pag-apruba sa representasyong ito ay boluntaryo, at may karapatan akong wakasan ito. Kung gusto ko itong wakasan, kailangan kong gawin ito sa paraang nakasulat.

______________________________	______________________________
1. Lagda ng Pasyente	2. Ilimbag ang Pangalan ng Pasyente

3. Petsa: ______________________________

BAHAGI B: KUKUMPLETUHIN NG TAONG TUMUTULONG SA PASYENTE

4. Pangalan ng Pasyente: ______________________________

5. Pangalan ng Awtorisadong Kinatawan: ______________________________

6. Kaugnayan sa Pasyente: ______________________________

____

7. Address na Pangkoreo, Lungsod, Estado, ZIP Code (5-digit), Pangalan ng Bansa

______________________________	______________________________
8. Numero ng Telepono	9. Email Address
______________________________	______________________________
10. Lagda ng Awtorisadong Kinatawan	11. Petsa

12. ☐ Kalakip ang aking dokumentasyon ng legal na awtoridad na kumilos bilang awtorisadong kinatawan ng pasyente. (Lagyan ng tsek kung naaangkop)