

## AWTORISASYON PARA SA PAGGAMIT AT/O PAGLALABAS NG IMPORMASYON Programang Independiyenteng Pag-aampon

Ako, si \_\_\_\_\_ ipinanganak noong \_\_\_\_\_ ,  
Pangalan ng Biyolohikal/Legal na Magulang o Legal na Tagapag-alaga Petsa ng Kapanganakan

sa pamamagitan nito ay nagpapahintulot sa

\_\_\_\_\_ na ilabas ang impormasyon tungkol sa  
Doktor, Ospital, Klinika, Paaralan, Therapist o Ahensiya

- Aking kasaysayang medikal, kondisyon ng isip o katawan, pangangalaga, o paggamot
- Ang kasaysayang medikal, kondisyon ng isip o katawan, pangangalaga, o paggamot ng aking anak, \_\_\_\_\_  
Pangalan ng Bata  
 ipinanganak noong \_\_\_\_\_  
Petsa ng Kapanganakan(s)

Ang aking relasyon sa batang ito \_\_\_\_\_ .

Ang impormasyon ay ilalabas sa:

- California Department of Social Services
- Itinalagang Ahensiya ng Pag-aampon ng County  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Lungsod, Estado, Zip Code \_\_\_\_\_  
 Numero ng Telepono: (    ) \_\_\_\_\_
- Iba \_\_\_\_\_

- Ang Magulang/Legal na Tagapag-alaga ay dapat magkumpleto ng isang porma para sa bawat tao/ahensiya

**AWTORISASYON NG MAGULANG NA MAGLABAS NG IMPORMASYON**  
**Mga Restriksiyon/Tagal/Karapatan**

Ang aking awtorisasyon ay naglilimita sa paglalabas ng impormasyong ito sa ahensiyang nakalista sa unang pahina para sa mga layunin ng pagpapalano ng pag-aampon. Ang awtorisasyong ito ay para sa anumang impormasyon sa iyong mga rekord na nauukol sa akin kung angkop, sa batang tinukoy sa unang pahina, kabilang ang mga sumusunod na uri ng impormasyon:

- Impormasyon at Kasaysayang Medikal
- Impormasyon at Kasaysayang Pang-isipan-Panlipunan
- Mga Resulta ng Pagsusuri o Eksaminasyon
- Ibang Impormasyon at/o Paliwanag: \_\_\_\_\_

- Ipinahihintulot ko ang paglalabas ng tinukoy na impormasyon mula sa mga rekord na medikal ko/ng aking anak.
- Naiintindihan ko na ang impormasyong inilabas alinsunod sa awtorisasyong ito, ay maaaring muling ilabas ng tumanggap at hindi na protektado ng pederal na mga batas sa pagkakompidensiyal. Gayunman, ang paggamit at paglalabas ng impormasyon ay sasailalim sa mga iniaatas ng Seksyon 9200 at kasunod ng Kodigo sa Pamilya at Titulo 22 ng mga Seksyon 35049 at kasunod at 35051 at kasunod ng Kodigo sa mga Regulasyon ng California.
- Ang awtorisasyong ito ay maaaring pawalang-bisa kahit kailan. Ang aking pagpapawalang-bisa ay magkakabisa pagkatanggap pero hindi magkakaroon ng epekto sa mga paggamit o paglalabas na ginawa habang aking awtorisasyon ay may-bisa.
- Ang awtorisasyong ito ay magkakabisa agad at matatapos isang taon mula sa petsa ng pirma.
- Ang isang litratong kopya ng paglalabas na ito ay mabisa ring katulad ng orihinal.
- Naiintindihan ko na ako ay may karapatang tumanggap ng kopya ng awtorisasyong ito.

PIRMA:

PETSA:

Ang dokumentong ito ay sumusunod sa mga iniatas sa pagkapribado ng Batas sa Portabilidad at Pananagutan sa Segurong Pangkalusugan.