# ng Awtorisasyon:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # ng Nabigasyon:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pahintulot sa Nabigasyon sa Kalusugan ng Suso at Cervix

|  |
| --- |
| **PAGLALARAWAN NG PROGRAMA** |

Ang **Breast and Cervical Health Program (BCCHP, Programa sa Kalusugan ng Suso at Cervix)** ay isang pinagsama-samang pagsisikap ng mga provider sa kalusugan, ng Department of Health (DOH, Departamento ng Kalusugan) ng Estado ng Washington, at ng Centers for Disease Control ang Prevention (CDC, Mga Sentro para sa Pagkontrol at Pag-iwas sa Sakit) para suportahan ang pag-screen para sa kanser sa suso at cervix. Ang layunin ng pag-screen ay para makita ang kanser sa pinakamaagang yugto nito para maiwasan ito o mas madali itong magamot. Kinikilala ng BCCHP na may mga hangganan sa pagtanggap ng pag-screen sa kanser na hindi na nasasaklaw ng insurance. Maaaring makatulong ang programang BCCHP sa ilang indibidwal na makakuha ng mga pagsusuri sa pag-screen ng kanser sa suso at/o cervix sa pamamagitan ng pagtugon sa mga posibleng hadlang sa pag-screen ng kanser, anuman ang kanilang katayuan sa insurance.

|  |
| --- |
| PAHINTULOT SA PAGSISIWALAT NG IMPORMASYON |

Ibinibigay ko ang aking pahintulot sa sinuman sa at lahat ng aking medikal na provider at provider ng serbisyong pantao, klinika, ospital, plano sa insurance sa kalusugan, at sa BCCHP para magbigay ang mga ito sa isa't isa ng impormasyon tungkol sa aking pangangalagang pangkalusugan at sa mga hadlang sa pagtanggap ng pangangalaga na may kaugnayan sa pagtugon sa mga hadlang na iyon at sa pagkumpleto ng pag-screen para sa kanser. Nauunawaan ko na mawawalan ng bisa ang pahintulot na ito 12 buwan pagkatapos ng petsa kung kailan ko nilagdaan ang form na ito. Dapat kong muling ibigay ang aking pahintulot pagkalipas ng 12 buwan para patuloy akong makatanggap ng mga serbisyo sa nabigasyon.

**Nauunawaan ko na mananatiling kumpidensiyal ang anumang impormasyong isisiwalat sa BCCHP sa buong sukat na pinahihintulutan ng batas.** Magiging available ang impormasyon sa akin, sa mga empleyadong may kinalaman sa aking mga serbisyo sa BCCHP, sa Health Care Authority (Awtoridad sa Pangangalagang Pangkalusugan) (para sa Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP, Programa sa Paggamot ng Kanser sa Suso at Cervix) kung nalalapat), at sa Department of Health (ang pinagmumulan ng pondo ng BCCHP). Gagamitin ang impormasyon para matugunan ang mga layunin ng BCCHP tulad ng inilarawan sa itaas. Hindi tutukuyin ng mga ilalathalang ulat na magreresulta mula sa BCCHP ang sinumang kliyente ayon sa kanilang pangalan.

Nauunawaan ko na boluntaryo ang pagtanggap ng mga serbisyo sa nabigasyon at maaari kong itigil ang pagtanggap ng mga serbisyo at bawiin ang aking pahintulot sa pagsisiwalat ng impormasyon sa anumang oras.

**Kung imamali ko ang anumang impormasyong ginamit para matukoy ang pagiging kwalipikado ko, nauunawaan ko na mananagot ako para sa pagsasakdal.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ilagda ang Iyong Pangalan Dito | Petsa |  | Saksi: Pasilidad sa Kalusugan | Petsa |
| I-print ang Iyong Pangalan Dito |  |  | Tagasalin (kung gumagamit) | Petsa |