

**FORMER PATIENT REQUEST FOR ACCESS AND/OR COPIES OF HEALTH RECORD****DSH-6803 (Tagalog) (New 07/2025)**

Mangyaring Tandaan: Ang impormasyong hinihiling ay para sa mga layunin ng pagkakakilanlan lamang.		
Pangalan ng Pasyente:	Petsa ng Kapanganakan:	# ng SSN (opsyonal):
Address:	Lungsod/Estado/Zip:	# ng Kaso ng Pasyente (opsyonal):
Numero ng Telepono:	Petsa ng Pagpasok:	Petsa ng Paglabas:

**Lagyan ng tsek ang naaangkop na kahon:**

- MGA KOPYA: Humihiling ako ng mga kopya ng aking mga dokumento sa rekord ng kalusugan na naka-tsek sa ibaba.
- EMAIL: Humihiling ako ng mga kopya ng aking mga dokumento sa rekord ng kalusugan na naka-tsek sa ibaba, na ipadala sa pamamagitan ng email sa:

- APPOINTMENT: Humihiling ako ng appointment upang pumunta sa DSH at tingnan ang aking rekord ng kalusugan.

**Mangyaring tandaan: Naiintindihan ko na maaaring may mga bayarin na nauugnay sa aking kahilingan para sa papel o mga elektronikong kopya.**

**May karapatan kang suriin ang iyong mga talaan sa loob ng 30 araw pagkatapos matanggap ang kahilingang ito, ngunit hindi hihigit sa 60 araw para sa mga talaan na nagkalat sa heograpiya, o hindi aktibo sa punong imbakan, alinsunod sa Civil Code Section 1798.34.**

**Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop na (mga) kahon ng impormasyon ng pasyente na hinihiling mong ipadala sa iyo:**

Dokumento:	Petsa:	Dokumento:	Petsa:	Dapat lagyan ng inisyal ng pasyente ang alinman sa mga tala sa ibaba:
<input type="checkbox"/> Dyagnosis		<input type="checkbox"/> Mga Resulta ng Sikolohikal/ Bokasyonal na Pagsusuri		
<input type="checkbox"/> Pagsusuri sa Saykayatriko		<input type="checkbox"/> Mga Pagsusuri sa Medikal/ Neurolohikal, Mga Pagsusuri sa Lab (EEG, EKG, atbp.)		<input type="checkbox"/> Mga resulta ng pagsusuri sa HIV/AIDS  (lagdaan ng unang titik ng pangalan)
<input type="checkbox"/> Buod ng Paglabas		<input type="checkbox"/> Legal		<input type="checkbox"/> Mga resulta ng genetikong pagsubok  (lagdaan ng unang titik ng pangalan)
<input type="checkbox"/> Psychosocial na Pagtatasa		<input type="checkbox"/> Iba pa (Tukuyin):		<input type="checkbox"/> Mga talaan ng paggamot sa karamdaman sa paggamit ng droga
<input type="checkbox"/> Plano ng Paggamot		<input type="checkbox"/> Iba pa (Tukuyin):		
<input type="checkbox"/> Pag-iisa/Pagpigil				(lagdaan ng unang titik ng pangalan)

***(Kung kailangan ng karagdagang espasyo, maglakip ng listahan ng mga hiniling na dokumento)***

Ilagay ang Iyong Pangalan: \_\_\_\_\_ Lagda: \_\_\_\_\_

**Mangyaring isama ang isang kopya ng iyong pagkakakilanlan kasama ng iyong kahilingan kung magagamit.**

**Health Information Management Department (HIMD) Use Only:**

**(Para sa Paggamit Lamang ng Health Information Management Department (HIMD):)**

HIMD Receipt of Form Date/Time: \_\_\_\_\_ Record Review Appt. Date/Time: \_\_\_\_\_

**Former Patient Request for Access and/or Copies of Health Record**

Confidential Patient Information

See W &amp; I Code, Section 5328

HIPAA Privacy Rule CFR Section 164.508

DSH-6803 (Tagalog) (New 07/2025)