

**MASINSINANG PANGANGALAGA SA MGA PASYENTENG NAGPAPAGALING/CCC PORMULARYO SA PAGSANGGUNI
ACUTE CARE TO INPATIENT REHAB/CCC REFERRAL FORM
(TAGALOG)**

**BAHAGI 6: PAHINTULOT SA PAGBABAHAGI NG PERSONAL NA MGA IMPORMASYON TUNGKOL SA PANGKALUSUGAN /
SECTION 6: CONSENT TO DISCLOSE PERSONAL HEALTH INFORMATION**

Kumpletuhin para sa lahat ng mga pagsangguni (ng Tagapaglingkod Bayan/Tagapagplano sa Pagpapalaya/Tagapamahala ng Kaso) /
To be completed for all referrals (by Social Worker/Discharge Planner/Case Manager):

Sumasang-ayon ako na ang _____ ay maaaring ibahagi ang aking mga personal na mga impormasyong pangkalusugan para sa pagsangguni.
(Pangalan ng may serbisyong nagkakaloob ng impormasyon)
(Name of facility disclosing information)

Ang mga samahang binanggit ay / Organizations referred to:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baycrest
Baycrest | <input type="checkbox"/> Ospital ng Markham Stouffville
Markham Stouffville Hospital | <input type="checkbox"/> Pangkalahatang Ospital ng
Silangang Toronto
Toronto East General Hospital | <input type="checkbox"/> Sentro Pangkalusugan ng
Kanlurang Park
West Park Healthcare Centre |
| <input type="checkbox"/> Pangkalusugan ng Bridgepoint
Bridgepoint Health | <input type="checkbox"/> Tulong Pangkalusugan
Providence Healthcare | <input type="checkbox"/> Sentro Pangkalusugan ng Toronto
Grace
Toronto Grace Health Centre | <input type="checkbox"/> Sentro Pangkalusugan ng William
Osler
William Osler Health Centre |
| <input type="checkbox"/> Ospital ng Credit Valley
Credit Valley Hospital | <input type="checkbox"/> Pangkalusugang Sistema ng Rouge
Valley
Rouge Valley Health System | <input type="checkbox"/> Lugar Pagalingan ng Toronto
Toronto Rehab | <input type="checkbox"/> Kalagitnaang Ospital ng York
York Central Hospital |
| <input type="checkbox"/> Mga Serbisyong Pangkalusugan
ng Halton
Halton Healthcare Services | <input type="checkbox"/> Panlalawigang Sentro Pangkalusugan
ng Southlake
Southlake Regional Health Centre | <input type="checkbox"/> Sentro Pangkalusugan ng Trillium
Trillium Health Centre | <input type="checkbox"/> Iba pa (banggitin)
Other (specify)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Pangkalusugan ng Lakeridge
Lakeridge Health | <input type="checkbox"/> Ospital Pagalingan ng St. John
St. John's Rehab Hospital | | |

Ilimbag ang Pangalan ng Pasyente / Print Name of Patient: _____

Lagda ng Pasyente/Kahalili / Signature of Patient/Substitute: _____

Pangalan ng Kahalili (Ilimbag ang pangalan) / Name of Substitute (Print name): _____

Relasyon sa pasyente, kung nilagdaan ng Kahalili / Relationship to patient, if signed by Substitute: _____

- Oo, gumamit ng isang interpreter noong matamo ang pahintulot. / Yes, an interpreter was used when consent was obtained.
 Hindi kinailangan ng interpreter. / No interpreter was required.

Petsa (YYYY/MM/DD) / Date (YYYY/MM/DD): _____