


PRINCESS ALEXANDRA HOSPITAL HEALTH SERVICE DISTRICT DIVISION OF MENTAL HEALTH		UR: _____ SURNAME: _____ GIVEN NAMES: _____ DATE OF BIRTH: ____/____/____ MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> (Affix patient label here)
 Queensland Government <small>Queensland Health</small>	Transcultural Clinical Consultation Service, Qld Transcultural Mental Health Centre 1800 188 189	

**PAHINTULOT SA PAGKUHA AT PAGBIBIGAY NG
IMPORMASYON**

SA SINUMANG MAY KINALAMAN

Ako ay nagbibigay ng pahintulot sa pangklinikang mga tauhan ng Sentro ng Kalusugang Pangkaisipan para sa iba't ibang Kultura sa Queensland (QLD Transcultural Mental Health Centre) na tumanggap ng impormasyon at magbigay ng kinakailangang impormasyon sa ibang mga ahensiya / angkop na mga tao upang makatulong sa pagpapalano ng aking pagsusuri at paggagamot.

Maliban sa (mga samahan at /mga tao na hindi dapat kontakin ng serbisyo):

.....

.....

.....

.....

.....

Lagda ng Kliyente: Petsa: __/__/__

Limbag na Pangalan ng Kliyente:

Lagda ng Tauhan: Petsa: __/__/__

Puwesto sa Trabaho:

Limbag na Pangalan ng Tauhan:

CONSENT TO RELEASE INFORMATION - TAGALOG