## FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA

NOMBRE DE EL/LA PACIENTE:_____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL NOMBRE DE SOLTEROTA

¿A USADO ALGÚN OTRO NOMBRE PARA IDENTIFICARSE? _____

FECHA DE NACIMIENTO:_____-_____-_____ SS#:_____-_____-_____ (MEDICAL RECORD #: _____)
MES DÍA AÑO

- ❑ POR LA PRESENTE, YO AUTORIZO A PLANNED PARENTHOOD GULF COAST (PPGC) A DIVULGAR MI INFORMACIÓN MEDICA A:
- ❑ POR LA PRESENTE YO AUTORIZO A PLANNED PARENTHOOD GULF COAST (PPGC) A QUE CEDA LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD A LAS AGENCIAS DE AUTORIDAD APROPIADAS EN LA INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE REPORTADO EN_____(FECHA DEL REPORTE).

NOMBRE:_____
DIRECCIÓN:_____ CIUDAD:_____ESTADO:_____ ZONA POSTAL:_____
TELÉFONO:_____ FAX:_____

POR LA PRESENTE, YO AUTORIZO A:_____
_____
(NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DOCTOR O CLÍNICA)

TELÉFONO de Doctor: _____ FAX de Doctor: _____

A DIVULGAR MI INFORMACIÓN MEDICA A LA CLÍNICA DE PLANNED PARENTHOOD ABAJO MENCIONADA (marque la casilla apropiada):

❑ New Orleans Health Center
4018 Magazine Street
New Orleans, LA 70115
Phone: (504) 897-9200
Fax: (404) 434-7435

❑ Baton Rouge Health Center
3955 Government Street, Suite 2
Baton Rouge, LA 70806
Phone: (225) 387-1167
Fax: (404) 434-7435

❑ Favor de enviar la información a la clínica siguientes y a la atención de: _____.

### INFORMACIÓN MEDICA PARA DIVULGAR:

Yo autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

| | FECHAS: |
|---|---|
| ❑ El expediente medico completo, o (marque la casilla apropiada): | |
| ❑ Historial medico y exámen físico | _____ |
| ❑ Notas de progreso | _____ |
| ❑ Reportes de laboratorio | _____ |
| ❑ Salud mental (incluyendo notas de psicoterapia) | _____ |
| ❑ Rayos x / reportes de ultrasonido | _____ |
| ❑ Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA) | _____ |
| ❑ Otra:_____ | _____ |

Esta autorización fué hecha bajo el siguiente propósito:
❑ Por mi solicitud, o ❑ Especifique:_____

### CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

1. Esta autorización caduca en un ano a partir de la fecha abajo indicada.
2. Yo puedo revocar esta autorización, notificando por escrito a PPGC, y siendo efectivo en la fecha de la notificación, con excepción a lo que ya ha sido divulgado por PPGC sobre esta autorización.
3. Información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser sujeta a la re-divulgación por el recibidor perdiendo así la protección de las Regulaciones Federales de Privacidad.
4. Al autorizar la divulgación de información, mis pagos y mi cuidado medico, no se verán afectados aún si no firmo esta forma de autorización.
5. Se me há ofrecido una copia firmada de esta forma de autorización.
6. Si esta autorización es para compra venta, PPGC me ha informado que ☐Recibirá ☐No recibirá ninguna clase de compensación monetaria por la revelación o el uso de la información de salud descrita.

_____ O _____
FIRMA DE EL/LA PACIENTE FECHA PADRE/MADRE/GUARDIAN LEGAL/PERSONA AUTORIZADA FECHA