Planned Parenthood®
Care. No matter what.

Planned Parenthood of Orange and San Bernardino Counties

OR: 714.922.4100 | SB: 909.890.5511

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO DE SOLTERA U OTRO

FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____ N.º DE SS: _____-_____-_____ N.º DE HISTORIA CLÍNICA: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO:_____ CÓDIGO POSTAL:_____

TELÉFONO DE DÍA: _____ TELÉFONO DE NOCHE: _____

*Marque **uno** de los siguientes cuadros:*

PARA PERMITIR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A PLANNED PARENTHOOD OF ORANGE AND SAN BERNARDINO COUNTIES: Autorizo la divulgación de información sobre mi historia clínica y/o tratamiento a Planned Parenthood of Orange and San Bernardino Counties: _____ Nombre _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Código postal TELÉFONO: _____ FAX: _____	**PARA SOLICITAR LA INFORMACIÓN DE UN PROVEEDOR EXTERNO DE ATENCIÓN MÉDICA:** Autorizo al proveedor mencionado abajo la divulgación de información sobre mi historia clínica y/o tratamiento a Planned Parenthood of Orange and San Bernardino Counties (enviar los registros al centro de salud mencionado arriba): _____ Nombre _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Código postal TELÉFONO: _____ FAX: _____

INFORMACIÓN DE SALUD A DIVULGAR:

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información: FECHAS:

- ☐ Historia clínica completa, O BIEN (marque el cuadro adecuado) _____
- ☐ Antecedentes y examen físico _____
- ☐ Abuso de sustancias (como el abuso de drogas/alcohol) _____
- ☐ Informes de laboratorio / informes de radiología _____
- ☐ Salud mental (como las notas de psicoterapia) _____
- ☐ Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA) _____
- ☐ Otra: _____ _____

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN:

1. La presente autorización entrará en vigencia inmediatamente después de su recepción y permanecerá así durante un año a partir de la fecha de firma.
2. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Planned Parenthood of Orange and San Bernardino Counties, y esta tendrá vigencia en la fecha de notificación, excepto en la medida que Planned Parenthood of Orange and San Bernardino Counties ya haya actuado sobre dicha autorización.
3. La información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a nuevas divulgaciones por parte del receptor y ya no estar protegida por las normas federales de privacidad.
4. Con la autorización de esta divulgación de información, mi atención médica y el pago por la misma no se verán afectados si no firmo este formulario de autorización.
5. Me han ofrecido una copia de este formulario firmado de autorización.
6. Me han informado que Planned Parenthood of Orange and San Bernardino Counties ☐ recibirá/ ☐ no recibirá compensaciones financieras o en especie a cambio del uso o divulgación de la información de salud descrita anteriormente.

X_____ O _____
Firma de la paciente Fecha Padre/Tutor legal/Persona autorizada Fecha

FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE LA OFICINA

DATE REQUESTED FILLED: _____ BY: _____
ID PRESENTED: _____ FORM OF ID: _____