

PLANNED PARENTHOOD OF GREATER NORTHERN NJ, INC.

PRESCRIPTION PICKUP AUTHORIZATION

(Autorización de la recolección de la receta médica)

Patient's Name (Print): _____ Date of Birth: _____

Nombre de Paciente (Imprima): _____ Fecha de Nacimiento: _____

I authorize the person(s) named below to pick up medications for me at the following Planned Parenthood of Greater Northern NJ (PPGNNJ) Center(s) (Autorizo la persona(s) nombrada abajo para recoger las medicaciones para mi en el siguiente centro de Planned Parenthood of Greater Northern New Jersey):

- [] Dover [] Manville
[] Elizabeth [] Morristown
[] Englewood [] Newton
[] Flemington [] Phillipsburg
[] Hackensack [] Plainfield

This authorization will remain in place until revoked by me in writing (Esta autorización se queda en el lugar hasta revocado por mi en escrito).

I understand that no information will be provided to the persons named below regarding my services at PPGNNJ (Entiendo que no se proporcionará ninguna información a las personas nombradas debajo de mis servicios en PPGNNJ).

PERSONS AUTHORIZED TO PICK UP MEDICATIONS FOR ME INCLUDE: (Personas Autorizadas Para Recoger Medicaciones Para Mi Incluye):

Three sets of horizontal lines for listing authorized persons.

Patient's Signature: _____ Date (Fecha): _____
(Firma de Paciente)

PPGNNJ Staff Signature: _____ Date: _____

NOTE TO STAFF: Retain in patient's medical file
Page 1 of 1