

PLANNED PARENTHOOD OF GREATER NORTHERN NEW JERSEY

**FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE
INFORMACIÓN SOBRE SALUD**

AUTHORIZATION FORM FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION

<input type="checkbox"/> 196 Speedwell Ave. Morristown, NJ 07960 (973) 539-1364 Fax 973-539-0055	<input type="checkbox"/> 30 N. Morris Street Dover, NJ 07801 (973) 361-6006 Fax 973-361-5921	<input type="checkbox"/> 575 Main Street Hackensack, NJ 07601 (201) 489-1140 Fax 201-489-8077	<input type="checkbox"/> 8 Moran Street Newton, NJ 07860 (973) 383-5218 Fax 973-383-2060
<input type="checkbox"/> 46 North Van Brunt St. Englewood, NJ 07631 (201) 894-0966 Fax 201-568-4986	<input type="checkbox"/> Countryside Plaza, 349 Route 31 South Building B, Unit 503 Flemington, NJ 08822 (908) 782-7727 Fax (908) 806-8729	<input type="checkbox"/> 1150 Dickinson Street Elizabeth, NJ 07201 (908) 351-5384 Fax 908-353-6822	<input type="checkbox"/> 402 Coventry Drive Phillipsburg, NJ 08865 (908) 454-3000 Fax 908-454-5947
<input type="checkbox"/> 203 S. Main Street Manville, NJ 08835 (908) 231-9230 Fax 908-231-1565	<input type="checkbox"/> 123 Park Avenue Plainfield, NJ 07060 (908) 756-3736 Fax 908-156-9272		

NOMBRE DE PACIENTE: _____

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DE SOLTERA U OTRO NOMBRE
----------	--------	----------------	---------------------------------

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEGURO SOCIAL: # ____ - ____ - ____ PACIENTE: _____
MES DÍA AÑO

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DURANTE EL DÍA: _____ TELÉFONO DURANTE LA TARDE: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ RADIOLOCALIZADOR: _____

<p>PERMISO PARA PPGNNJ REVELAR INFORMACIÓN: Yo autorizo Planned Parenthood of Greater Northern NJ revelar información que refiere a mis registros medicos, y mi tratamientos medico:</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE _____</p> <p>_____</p> <p>DOMICILIO _____</p> <p>_____</p> <p>CIUDAD, ESTADO y CÓDIGO POSTAL _____</p> <p>TELÉFONO _____ - _____ - _____</p> <p>FACSIMILE # _____ - _____ - _____</p>	<p>REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE OTRO PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD: yo autorizo el proveedor de cuidada de salud nombrada debajo a revelar informacion que refiere a mis registros medicos y mi tratamiento al centro marcado arriba:</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE _____</p> <p>_____</p> <p>DOMICILIO _____</p> <p>_____</p> <p>CIUDAD, ESTADO y CÓDIGO POSTAL _____</p> <p>TELÉFONO _____ - _____ - _____</p> <p>FACSIMILE # _____ - _____ - _____</p>
--	---

INFORMACION SOBRE SALUD A SER REVELADA: (Seleccione Uno): _____ **Por Correo o**
 _____ **Vas a Recoger**

Específicamente autorizo la revelación de la siguiente información:

- Resumen
 Todos mis registros médicos, o (Marque la(s) casilla(s) apropiada(s))

FECHAS: _____

- Historia clínica y examen físico _____
- Notas de progreso _____
- Abuso de sustancias (incluyendo abuso de alcohol/drogas) _____
- Reportes de laboratorio _____
- Reportes de Rayos-X _____
- Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA) _____
- Otra _____

Se otorga la autorización para el siguiente fin:

- A petición mía, o
- Especifique: _____

CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN

1. Esta autorización expirará el (anotar fecha o suceso): _____.
2. El/la suscrito(a) puede revocar esta Autorización en cualquier momento dirigiendo una notificación por escrito a *Planned Parenthood of Greater Northern New Jersey*, misma que entrará en vigor en la fecha de notificación, a excepción de la medida en la que *Planned Parenthood of Greater Northern New Jersey* ya haya actuado en función de dicha autorización.
3. Cualquier información utilizada o revelada de conformidad con esta Autorización podría estar sujeta a su revelación posterior por parte del receptor de la misma y ya no gozar de la protección del Reglamento de Privacidad Federal.
4. La Autorización de esta revelación de información no afectará mis servicios de atención a la salud ni los pagos relacionados con los mismos en caso de no firmar esta forma de Autorización.
5. Se me ha ofrecido una copia de esta forma de Autorización firmada.
6. He sido informado(a) de que *Planned Parenthood of Greater Northern New Jersey* recibirá no recibirá compensación alguna, ya sea económica o en especie, a cambio del uso o revelación de la información sobre salud descrita anteriormente.

FIRMA DE EL/LA PACIENTE

FECHA

Signature of Interpreter: _____

Printed Name of Interpreter: _____

COMPLETE IF PATIENT'S GUARDIAN OR RELATIVE IS LEGALLY REQUIRED TO SIGN BELOW

FIRMA de persona de consentimiento: _____ FECHA: _____

Relacion de el la paciente: PADRE o MADRE TUTOR LEGAL PERSONA AUTORIZADA

(Describa Su Capacidad Para Actuar A Nombre De Esta Persona)

FOR OFFICE USE ONLY

DATE INFORMATION RELEASED: _____ BY (STAFF NAME/TITLE): _____

FORM OF IDENTIFICATION PRESENTED: _____