

- |                                       |   |                               |
|---------------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Annapolis    | 929 West St., Annapolis, MD 21401               | 410-263-2100 Fax 410-267-9147 |
| <input type="checkbox"/> Baltimore    | 330 N. Howard Street, Baltimore, MD 21201       | 410-576-1414 Fax 410-783-2647 |
| <input type="checkbox"/> Easton       | 8579 Commerce Drive #102, Easton, MD 21601      | 410-820-9067 Fax 410-820-9674 |
| <input type="checkbox"/> Frederick    | 170 Thomas Johnson Dr #100, Frederick, MD 21702 | 301-662-7171 Fax 301-620-9442 |
| <input type="checkbox"/> Owings Mills | 9129 Reisterstown Rd., Owings Mills, MD 21117   | 410-363-1655 Fax 410-581-9105 |
| <input type="checkbox"/> Salisbury    | 1506 S. Salisbury Blvd., Salisbury, MD 21801    | 410-860-4788 Fax 410-860-2549 |
| <input type="checkbox"/> Towson       | 1714 Joan Avenue, Baltimore, MD 21234           | 410-665-9775 Fax 410-665-6524 |
| <input type="checkbox"/> Waldorf      | 3975 St. Charles Pkwy, Waldorf, MD 20602        | 301-645-6800 Fax 301-645-8696 |

**FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA COMPARTIR U OBTENER INFORMACION MEDICA**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO NOMBRE PRIMERA LETRA DE SEGUNDO NOMBRE (SI TIENE) OTROS  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # DE SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 MES DÍA AÑO  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_  
 ESTADO: \_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE TELÉFONO POR LA NOCHE: \_\_\_\_\_

Por favor rellene uno de los cuadrados siguientes:

<p><b>Para autorizar a Planned Parenthood of Maryland a compartir mi información médica:</b> Yo doy mi consentimiento a Planned Parenthood of Maryland para compartir mi información médica y/o tratamiento con:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>FAX: _____</p>	<p><b>Para obtener información médica mía de otra oficina:</b> Yo autorizo a la oficina abajo nombrado a compartir mi información médica y/o tratamiento con Planned Parenthood of Maryland (envíe la información requerida al centro de salud arriba indicado):</p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>FAX: _____</p>
---	---

**INFORMACIÓN MÉDICA A COMPARTIR:**

Yo doy mi consentimiento específicamente para compartir la siguiente información: FECHAS: \_\_\_\_\_

Historial médico entero O (marque las caja(s) correspondiente(s)) \_\_\_\_\_

Historial y examen físico \_\_\_\_\_

Abuso de alcohol o de drogas \_\_\_\_\_

Análisis del laboratorio / Rayos X \_\_\_\_\_

Salud Mental (incluidos apuntes psicológicos) \_\_\_\_\_

Información relacionada a VIH/SIDA \_\_\_\_\_

Otro documento: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN**

- Esta autorización se caduca en (fecha o evento siguiente): \_\_\_\_\_
- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por una carta escrita dirigida a PP de Maryland, y entrará en vigor en la fecha en la que PPM recibe la notificación, salvo en el caso de que PPM ya ha efectuado dicha autorización.
- Información usada o compartida según la autorización puede estar sujeta a la redivulgación por el receptor y dejará de estar protegido por las reglas federales de privacidad.
- Al autorizar la divulgación de información, mi asistencia sanitaria y el pago por mi asistencia sanitaria no estarán afectados si no firmo este formulario de autorización.
- Se me ha ofrecido una copia firmada de este formulario de autorización.
- He estado informado de que PP de Maryland  recibirá /  no recibirá compensación financiera a cambio por la utilización o divulgación de la información médica descrita arriba.

\_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE FECHA FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN FECHA

FOR OFFICE USE ONLY	
Date Request Filled: _____	By: _____
Form of Identification Presented: _____	