



- Annapolis 929 West St., Annapolis, MD 21401 410-263-2100 Fax 410-267-9147
- Baltimore 330 N. Howard Street, Baltimore, MD 21201 410-576-1414 Fax 410-783-2647
- Easton 8579 Commerce Drive #102, Easton, MD 21601 410-820-9067 Fax 410-820-9674
- Frederick 1560 Opossumtown Pike, Frederick, MD 21702 301-662-7171 Fax 301-620-9442
- Owings Mills 9129 Reisterstown Rd., Owings Mills, MD 21117 410-363-1655 Fax 410-581-9105
- Salisbury 1506 S. Salisbury Blvd., Salisbury, MD 21801 410-860-4788 Fax 410-860-2549
- Towson 1714 Joan Avenue, Baltimore, MD 21234 410-665-9775 Fax 410-665-6524
- 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>Para autorizar a Planned Parenthood of Maryland a compartir mi información médica: 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>Para obtener información médica mía de otra oficina: 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

1. Esta autorización se caduca en (fecha o evento siguiente): _____
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Se me ha ofrecido una copia firmada de este formulario de autorización.
6. 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.

_____ _____
 FIRMA DEL PACIENTE FECHA FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN FECHA

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