

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

---

PACIENTE/ APELLIDO / PRIMER NOMBRE	INICIAL	# DE ID DEL PACIENTE
------------------------------------	---------	----------------------

---

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

---

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
 NÚMERO TELEFÓNICO DURANTE EL DÍA

Autorizo específicamente la divulgación/entrega de la siguiente información:      FECHAS:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Médico Completo<br><input type="checkbox"/> Historial y examen físico<br><input type="checkbox"/> Notas de progreso<br><input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio<br><input type="checkbox"/> Reportes de rayos-X<br><input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
|--|--|

PARA / DE: (Haga un círculo alrededor de una de estas opciones)

- |  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Glendale</b><br>5771 W Eugie<br>Glendale AZ 85304<br>(602) 277-7526<br>Fax: (623) 937-3014         | <input type="checkbox"/> <b>Noreste de Phoenix</b><br>3131 E Thunderbird #48<br>Phoenix AZ 85032<br>(602) 277-7526<br>Fax: (602) 953-8052 | <input type="checkbox"/> <b>Flagstaff</b><br>1304 S Plaza Way<br>Flagstaff AZ 86001<br>(928) 779-3653<br>Fax: (928) 774-5366              | <input type="checkbox"/> <b>Yavapai</b><br>7750 E Florentine Rd<br>Prescott Valley AZ 86314<br>(928) 776-0420<br>Fax: (928) 776-4145 | <input type="checkbox"/> <b>Tempe</b><br>1250 E Apache #108<br>Tempe AZ 85281<br>(602) 277-7526<br>Fax: (480) 921-8712          |
| <input type="checkbox"/> <b>Centro Hoffman</b><br>529 W Wetmore Rd<br>Tucson AZ 85705<br>(520) 884-5562<br>Fax: (520) 628-3083 | <input type="checkbox"/> <b>Chandler</b><br>610 N Alma School Rd<br>Chandler AZ 85224<br>(602) 277-7526<br>Fax: (480) 814-1095            | <input type="checkbox"/> <b>Maryvale</b><br>4616 N 51 <sup>st</sup> Ave #210<br>Phoenix AZ 85031<br>(602) 277-7526<br>Fax: (623) 209-9843 | <input type="checkbox"/> <b>Scottsdale</b><br>7901 E Thomas #106<br>Scottsdale AZ 85251<br>(602) 277-7526<br>Fax: (480) 429-2326     | <input type="checkbox"/> <b>Yuma</b><br>1455 W 16 <sup>th</sup> St #C<br>Yuma AZ 85364<br>(602) 277-7526<br>Fax: (928) 343-4845 |
| <input type="checkbox"/> <b>Centro Sanger</b><br>2255 N Wyatt Dr<br>Tucson AZ 85712<br>(520) 884-5562<br>Fax: (520) 628-3069   | <input type="checkbox"/> <b>Sureste de Mesa</b><br>1235 S Gilbert #20<br>Mesa AZ 85204<br>(602) 277-7526<br>Fax: (480) 892-0403           | <input type="checkbox"/> <b>Valle Suroeste</b><br>140 N Litchfield Rd<br>Goodyear AZ 85323<br>(602) 277-7526<br>Fax: (623) 932-4558       |  |   |

PARA / DE: (Que no sea usted misma/o)

---

NOMBRE

---

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
 NÚMERO TELEFÓNICO

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE FAX

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

1. Esta autorización se vencerá el (inserte la fecha o evento): \_\_\_\_\_
2. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificándole a Planned Parenthood Arizona por escrito, y esto tomará efecto en la fecha de notificación, excepto a la medida que Planned Parenthood Arizona ya haya tomado acción en base a dicha Autorización.
3. La información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización podrá estar sujeta a su re-divulgación por parte de quien la reciba y ya no estará protegida por los reglamentos Federales de privacidad.
4. Al autorizar esta divulgación de información, mi cuidado de salud y el pago por mi cuidado de salud no serán afectados si no firmo este formulario de Autorización.
5. Hay una cuota de recuperación de documentos y cuota de copias de \$40.00 para todos aquellos registros que se soliciten que hayan estado inactivos por más de 15 meses y hayan sido purgados. Esta cuota deberá pagarse antes de presentar la solicitud de recuperación de documentos.
6. Se me ha ofrecido una copia de este formulario de Autorización firmado.
7. Se me ha informado que Planned Parenthood Arizona  recibirá /  no recibirá compensación financiera en especie como intercambio por utilizar o divulgar la información sobre la salud descrita anteriormente.

**Si está solicitando que PPAZ le entregue UNA COPIA DE SUS REGISTROS MÉDICOS a usted, para su propio uso personal, por favor marque esta casilla.**

Dirección de correo si está solicitando que PPAZ le envíe por correo una copia de sus registros médicos:

\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-----------	--------	--------	---------------

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

O

**FIRMA DEL PADRE / LA MADRE / APODERADO LEGAL:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA**

FORMA DE IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: \_\_\_\_\_

FECHA CUANDO SE COMPLETÓ: \_\_\_\_\_ POR: \_\_\_\_\_