

PLANNED PARENTHOOD OF SOUTH CENTRAL MICHIGAN

4201 W. Michigan Ave., Kalamazoo, MI 49006

Phone: (269) 372-1200 Fax: (269) 372-1279

*Also in: Battle Creek (269) 964-0885 • Coldwater (517) 279-7902 • Hillsdale (517) 437-4278
Sturgis (269) 651-8147 • Three Rivers (269) 273-3658*

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE:

_____ APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ - _____ - _____ TELÉFONO: _____

CHART #: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO A PLANNED PARENTHOOD OF SOUTH CENTRAL MICHIGAN (PPSCM) A:

- 1. **DIVULGAR MI INFORMACIÓN DE SALUD A:**
- 2. **OBTENER MI INFORMACIÓN DE SALUD DE:**

NOMBRE DEL MEDICO O CLÍNICA:

_____ DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO: _____ FAX: _____

INFORMACIÓN DE SALUD A SER DIVULGADA:

Yo autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

FECHAS:

- Historia médica completa, Ó (marque el recuadro apropiado(s)) _____
- Examen pélvico _____
- Examen médico _____
- Informes de laboratorio—incluyendo el Papanicolaou _____
- Informes radiológicos _____
- Otros: _____

Esta autorización se hace con el siguiente propósito::

- A mi pedido, Ó
- Especifique: _____

_____	Ó	_____
FIRMA DEL PACIENTE	FECHA	PADRE ó MADRE / GUARDIAN / PERSONA AUTORIZADA
		FECHA

SOLAMENTE POR USO DE LA OFICINA /FOR OFFICE USE ONLY	
DATE REQUEST FILLED: _____	BY: _____
IDENTIFICATION PRESENTED: _____	FORM OF IDENTIFICATION: _____

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

1. Esta Autorización expirará el (incluya la fecha o el evento): _____
2. Yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando por escrito a PPSCM, y entrará en vigencia en la fecha de notificación, excepto hasta el punto en que PPSCM ya haya actuado en base a dicha Autorización.
3. La información usada o divulgada de acuerdo con esta Autorización puede estar sujeta a nueva divulgación por el destinatario y ya no estar más protegida por las regulaciones federales de confidencialidad.
4. Al autorizar esta divulgación de información, mi cuidado de salud y los pagos por el cuidado de salud no se afectarán si yo no firmo este formulario de Autorización.
5. Se me ha ofrecido una copia firmada de este formulario de Autorización,
6. Se me ha informado que PPSCM va a recibir/ no va a recibir compensación financiera o en especie a cambio de usar o divulgar la información de salud arriba descrita.

_____	OR	_____
FIRMA DEL PACIENTE	FECHA	PADRE ó MADRE / GUARDIAN / PERSONA FECHA AUTORIZADA