

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MEDICA

NOMBRE DE EL/LA PACIENTE: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL NOMBRE DE SOLTEROTA

¿A USADO ALGÚN OTRO NOMBRE PARA IDENTIFICARSE? _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SS#:** _____ **(MEDICAL RECORD #:** _____)
MES DÍA AÑO

POR LA PRESENTE, YO AUTORIZO A PLANNED PARENTHOOD GULF COAST, INC. (PPGC) A DIVULGAR MI INFORMACIÓN MEDICA A:

POR LA PRESENTE YO AUTORIZO A PLANNED PARENTHOOD GULF COAST, INC. (PPGC) A QUE CEDA LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD A LAS AGENCIAS DE AUTORIDAD APROPIADAS EN LA INVESTIGACIÓN DEL INCIDENTE REPORTADO EN _____ (FECHA DEL REPORTE).

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **ZONA POSTAL:** _____

TELÉFONO: _____ **FAX:** _____

POR LA PRESENTE, YO AUTORIZO A: _____
(NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL DOCTOR O CLÍNICA)

TELÉFONO de Doctor: _____ **FAX de Doctor:** _____

Favor de enviar la información a la clínica siguientes y a la atención de: _____

A DIVULGAR MI INFORMACIÓN MEDICA A LA CLÍNICA DE PLANNED PARENTHOOD ABAJO MENCIONADA (marque la casilla apropiada):

<input type="checkbox"/> Bryan Health Center – 4112 E. 29th St, Bryan, TX 77802	Ph.# (979) 846-1744	Fx.# 713-523-0323
<input type="checkbox"/> Dickinson Health Center – 3315 Gulf Frwy, Dickinson, TX 77539	Ph.# 713-514-1105	Fx.# 713-527-8824
<input type="checkbox"/> FM 1960 Health Center – 3995 FM 1960 West, Houston, TX 77068	Ph.# 713-514-1102	Fx.# 713-520-7437
<input type="checkbox"/> Greenspoint Health Center – 11843 Airline Drive, Houston, TX 77037	Ph.# 713-514-1105	Fx.# 713-535-2419
<input type="checkbox"/> Huntsville Health Center – 2405-C Ave I, Huntsville, TX 77340	Ph.# (936) 295-6396	Fx.# 713-535-2428
<input type="checkbox"/> Lufkin Health Center – 205 Shands Drive, Lufkin, TX 75904	Ph.# (936) 634-8446	Fx.# (936) 639-5438
<input type="checkbox"/> Northwest – 13169 Northwest Freeway, Suite 115, Houston, TX 77040	Ph.# 713-514-1107	Fx.# 713-535-2423
<input type="checkbox"/> Prevention Park Dysplasia Clinic – 4600 Gulf Freeway, Houston, TX 77023	Ph.# 713-522-3976	Fx.# 713-535-2427
<input type="checkbox"/> Prevention Park Family Planning – 4600 Gulf Freeway, Houston TX 77023	Ph.# 713-522-3976	Fx.# 713-535-2432
<input type="checkbox"/> Rosenberg Health Center – 4203 Ave H, #7, Rosenberg, TX 77471	Ph.# 713-514-1104	Fx.# 281-232-2113
<input type="checkbox"/> Southwest Health Center – 5800 Bellaire Blvd, Suite 120, Houston, TX 77081	Ph.# 713-541-5372	Fx.# 713-271-8212
<input type="checkbox"/> Stafford Health Center – 3727 Greenbriar, Suite 118, Stafford, TX 77477	Ph.# 713-514-1100	Fx.# 281-494-9870

INFORMACIÓN MEDICA PARA DIVULGAR:

Yo autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> El expediente medico completo, o (marque la casilla apropiada): | FECHAS: |
| <input type="checkbox"/> Historial medico y examen físico | _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | _____ |
| <input type="checkbox"/> Reportes de laboratorio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Salud mental (incluyendo notas de psicoterapia) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rayos x / reportes de ultrasonido | _____ |
| <input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | _____ |

Esta autorización fué hecha bajo el siguiente propósito:

- Por mi solicitud, o Especifique: _____

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

- Esta autorización caduca en un año a partir de la fecha abajo indicada
- Yo puedo revocar esta autorización, notificando por escrito a PPGC, y siendo efectivo en la fecha de la notificación, con excepción a lo que ya ha sido divulgado por PPGC sobre esta autorización.
- Información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser sujeta a la re-divulgación por el receptor perdiendo así la protección de las Regulaciones Federales de Privacidad.
- Al autorizar la divulgación de información, mis pagos y mi cuidado medico, no se verán afectados aún si no firmo esta forma de autorización.
- Se me há ofrecido una copia firmada de esta forma de autorización.

FIRMA DE EL/LA PACIENTE FECHA PADRE/MADRE/GUARDIAN LEGAL/PERSONA AUTORIZADA FECHA