



Planned Parenthood® of Central Ohio, Inc.

Planned Parenthood® of Southeast Ohio, Inc.
Planned Parenthood® of Northwest Ohio, Inc.
Central Ohio Women's Center, Inc.

**Authorization for Release of Medical Information
Autorización Para el Compartir Información Médica**

- Athens**
1005 E. State St., Suite W
Athens, OH 45701
(740) 593-6979
Fax (740) 593-8223
- East /COWC**
3255 E. Main St.
Columbus, OH 43213
(614) 222-3531
Fax (614) 222-3529
- Franklinton (West)/ Circleville**
1511 W. Broad St.
Columbus, OH 43222
(614) 222-3525
Fax (614) 222-3608
- Jefferson**
1301 Jefferson Ave.
Toledo, Ohio 43604
(419) 255-1115
Fax (419) 255-2500
- North (Campus)/ Delaware**
18 E. 17th Ave.
Columbus, OH 43201
(614) 222-3604
Fax (614) 222-3612
- Orchard Centre**
7059 Orchard Centre Dr.
Holland, OH 43528
(419) 491-6146
Fax (419) 491-6149

PLEASE PRINT (IMPRIMA)

PATIENT NAME: _____

NOMBRE DEL PACIENTE

DATE OF BIRTH: _____

FECHA DE NACIMIENTO

SOCIAL SECURITY NUMBER/MEDICAL RECORD NUMBER: _____

NO. DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE/NÚMERO DE HISTORIAL MEDICO

I THE UNDERSIGNED, HEREBY AUTHORIZE PPCO, PPSEO, PPNWO OR COWC TO
YO, LA/EL DESIGNADO(A) DE ESTA MANERA AUTORIZO A PPCO, PPSEO, PPNWO O COWC EL

_____ **RELEASE** _____ **OBTAIN**
REPORTAR OBTENER

INFORMATION CONTAINED IN MY MEDICAL RECORD TO/FROM:

INFORMACIÓN EN MI HISTORIAL MÉDICO A/DE

NAME OF HEALTH CARE PROVIDER: _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADE DE SALUD

ADDRESS: _____

DIRECCION

PHONE: _____

TELEFONO

FAX: _____

The following information is needed for continuity of care/La siguiente información es necesaria para seguir el cuidado de salud:

- Pelvic Exam/Examen Pélvico**
- Breast Exam/Examen de los senos**
- Pap/Pathology Results/Resultados patológicos del Pap**
- Record of Last Depo Injection/Historial de la última inyección Depo**
- Laboratory Tests/Pruebas de Laboratorio**
- _____
- Colposcopy Results/Resultados de Colposcopia**
- Colposcopy exam notes/Plan of Care/Recomendaciones/Plan de Seguimiento Medico del Examen de Colposcopia**
- Procedure Notes/Notas sobre procedimientos**

CONDITIONS OF AUTHORIZATION

1. This Authorization is valid for ninety (90) days.
2. I may revoke this Authorization at any time by notifying Planned Parenthood in writing, and it will be effective on the date notified except to the extent that Planned Parenthood has already acted upon such Authorization.
3. Information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by Federal privacy regulations.
4. By authorizing this release of information, my healthcare and payment for my healthcare will not be affected if I do not sign this Authorization form.
5. I have been offered a copy of this signed Authorization form.

CONDICIONES PARA LA AUTORIZACION

1. Esta Autorización es valida por noventa (90) días.
2. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a Planned Parenthood por escrito y entrará en efecto el día de notificación excepto si Planned Parenthood ya haya usado dicha Autorización.
3. Información usada o entregada debido a esta Autorización puede estar sujeta a ser compartida por el recipiente de esta y no estar protegida por las regulaciones Federales de privacidad.
4. Al dar mi consentimiento de acceso a esta información my cuidado de salud y mi pago por el mismo no serán afectados so no decido firmar esta Autorización.
5. Se me ha sido ofrecida una copia firmada de esta Autorización.

PATIENT SIGNATURE: _____

FIRMA DEL PACIENTE

DATE: _____

FECHA

WITNESS: _____

TESTIGO(A)

DATE: _____

FECHA