



Access to Medical Information/Permission for Birth Control or Medication Pickup
Acceso a Información Médica/Permiso Para Recoger Método Anticonceptivo o Medicamento

Patient name (print): _____ SS#: _____-_____-_____

Today's date: _____ I give permission to (full name) _____,
my (relationship to me) _____, to:

pick up my birth control or medication have access to my medical record other: _____

for: this visit only until further notice other: _____

A. I understand that the **first** time this slip is presented, that Planned Parenthood staff will ask to see picture identification.

B. I understand that Planned Parenthood, acting on my behalf, may refuse service to anyone they feel is exhibiting suspicious behavior.

C. I understand that Planned Parenthood is committed to preserving my confidentiality as a patient. By authorizing outside parties to have certain access to my records, I realize that I may forfeit full confidentiality in my medical care. I release Planned Parenthood of any liability in regard to the service that I have requested here.

Signature: _____ Date of Birth: ____/____/_____

Nombre del Paciente (imprima): _____ Seguro Social: _____-_____-_____

Fecha: _____ Le doy permiso a (nombre y apellido) _____,
mi (parentesco) _____, para que:

recoja mis método anticonceptivo o medicamento tenga acceso a mis archivos médicos al gomas: _____

Por: esta visita solamente hasta que yo indique el cesar otro: _____

A. Entiendo que la **primera** vez que esta nota sea presentada, el personal de Planned Parenthood pedirá ver una identificación con foto.

B. Entiendo que Planned Parenthood al representarme puede rehusar servicio a cualquier persona que este exhibiendo un comportamiento sospechoso.

C. Entiendo que Planned Parenthood se compromete a preservar mi confidencialidad como paciente. Al autorizar otras personas a tener acceso a mis archivos médicos entiendo que podría perder la confidencialidad de mi cuidado de salud. Libero a Planned Parenthood de cualquier responsabilidad en relación al servicio que estoy pidiendo aquí.

Firma: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____

Office use only / Uso de la oficial solamente:

verbal/phone consent discussed with patient about A, B, and C above pt voices understanding and gives consent

Staff signature/title: _____