



**SIX RIVERS PLANNED PARENTHOOD®**  
 PO Box 1416 Weaverville, CA 96093

**Phone: (530) 623-4310**  
**FAX: (530) 623-4386**

## AUTORIZACIÓN PARA LIBERACION DE INFORMACIÓN MÉDICA AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION

**PACIENTE:** Su Nombre (imprima por favor) : \_\_\_\_\_  
Apellido Primer MI Nombre de soltera u otro nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SS#: (Opcional) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Medical Record #: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Teléfono: \_\_\_\_\_ PP OK? \_\_\_\_\_ (Si no podemos transmitir este formulario)

**DE:**  Yo autorizo  Six Rivers Planned Parenthood  O  
 Nombre del Individuo o Agencia \_\_\_\_\_  
 Dirección Completa \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**A mandar lo siguiente:** (Marque todo que aplique y escribe la fecha si quiere información específica)

- Examen de papanicolau reciente (including breast exam, pap, pelvic, progress notes)
- Examen de papanicolau reciente y los resultados de pruebas para ETS
- Ultimo método anticonceptivo usado
- Servicios relacionados a un aborto
- Otro servicio \_\_\_\_\_

**A:**  Six Rivers Planned Parenthood  O  
 Nombre del Individuo o Agencia \_\_\_\_\_  
 Dirección Completa \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Para el propósito de:**  Cuido Médico  Otro Propósito \_\_\_\_\_

*Esta información es para el solo uso de la persona nombrado arriba. No se puede mandarlo a otra agencia o individuo sin mantener el consentimiento del paciente.*

### CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

1. Esta autorización caducará en  un año  O (escribe fecha/evento): \_\_\_\_\_
2. Puedo revocar esta autorización cuando quiero si doy una notificación escrita a Planned Parenthood, y será efectiva en la fecha cuando Planned Parenthood recibe la notificación si Planned Parenthood no ha mandado la autorización en este tiempo.
3. Es posible que la información desvelado o usado como resultado de esta autorización sea mandado por el recipiente a otra agencia que no sigue las regulaciones federales. Hay oficinas que no tienen que seguir las regulaciones federales.
4. A traves de autorizar esta información, mi cuidado médico y el método de pagar por este cuidado no serán efectuados.
5. Me ofrecieron una copia de este formulario firmado.

**Firma del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

- Signature Verified by \_\_\_\_\_ (Staff Initials) **OR**
- Identification Presented (Form of Identification) \_\_\_\_\_

**(STAFF) Witness Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

Records sent for \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ By \_\_\_\_\_ 2nd Request \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ By \_\_\_\_\_  
 Records Faxed \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ By \_\_\_\_\_ Records Re-Faxed \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ By \_\_\_\_\_  
 Patient to Pick up on: \_\_\_\_\_ Handcarried \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ By \_\_\_\_\_  
 Other remarks: \_\_\_\_\_