



**SIX RIVERS PLANNED PARENTHOOD®**  
3225 Timber Fall Court Eureka, CA 95503

**Phone: (707) 442-5700**  
**FAX: (707) 442-6681**

## 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

- Esta autorización caducará en  un año  O (escribe fecha/evento): \_\_\_\_\_
- 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.
- 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.
- A traves de autorizar esta información, mi cuidado médico y el método de pagar por este cuidado no serán efectuados.
- 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: \_\_\_\_\_