FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

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: _____

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

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

❑ Dickinson Health Center – 3315 Gulf Frwy, Dickinson, TX 77539	Ph.# 713-514-1105	Fx.# 404-494-7435
❑ Greenspoint Health Center – 11843 Airline Drive, Houston, TX 77037	Ph.# 713-514-1103	Fx.# 404-494-7435
❑ Northwest – 13169 Northwest Freeway, Suite 115, Houston, TX 77040	Ph.# 713-514-1107	Fx.# 404-494-7435
❑ Prevention Park Dysplasia Clinic – 4600 Gulf Freeway, Houston, TX 77023	Ph.# 713-522-3976	Fx.# 404-494-7433
❑ Prevention Park Family Planning – 4600 Gulf Freeway, Houston TX 77023	Ph.# 713-522-3976	Fx.# 404-494-7435
❑ Southwest Health Center – 5800 Bellaire Blvd, Suite 120, Houston, TX 77081	Ph.# 713-541-5372	Fx.# 404-494-7435
❑ Spring Health Center – 4747 Louetta Rd, Spring, TX 77388	Ph.# 713-514-1102	Fx.# 404-494-7435
❑ Stafford Health Center – 12614 Southwest Fwy., Suite A, Stafford, TX 77477	Ph.# 713-514-1100	Fx.# 404-494-7435

INFORMACIÓN MEDICA PARA DIVULGAR:

Yo autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información:

❑ El expediente medico completo, o (marque la casilla apropiada): FECHAS:

- ❑ Historial medico y exámen físico _____
- ❑ Notas de progreso _____
- ❑ Reportes de laboratorio _____
- ❑ Salud mental (incluyendo notas de psicoterapia) _____
- ❑ Rayos x / reportes de ultrasonido _____
- ❑ Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA) _____
- ❑ Otra:_____ _____

Esta autorización fué hecha bajo el siguiente propósito:

❑ Por mi solicitud, o ❑ Especifique:_____

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

1. Esta autorización caduca en un ano a partir de la fecha abajo indicada
2. 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.
3. Información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser sujeta a la re-divulgación por el recibidor perdiendo así la protección de las Regulaciones Federales de Privacidad.
4. Al autorizar la divulgación de información, mis pagos y mi cuidado medico, no se verán afectados aún si no firmo esta forma de autorización.
5. Se me há ofrecido una copia firmada de esta forma de autorización.
6. **Si esta autorización es para compra venta, PPGC me ha informado que ☐Recibirá ☐No recibirá ninguna clase de compensación monetaria por la revelación o el uso de la información de salud descrita.**

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