

AUTORIZACIÓN PARA PROVEER INFORMACIÓN ACERCA DE SU SALUD

Nombre: _____
Apellido Primero Segundo (Inicial)

Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____ / _____ / _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Tel.: _____ Tel. alternativo: _____

YO AUTORIZO _____
(Nombre) (Teléfono) (Numero de fax)

_____ (dirección)

A proveer información acerca de mi salud a:

Nombre: _____ Teléfono _____ Numero de Fax _____

Dirección: _____

Información de Salud:

| Yo autorizo específicamente que se da la siguiente información de mi salud : | FECHAS: |
|--|----------------|
| Cheque las caja(s) apropiadas: | |
| <input type="checkbox"/> Historia y examen físico | |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (incluyendo abuso de alcohol/drogas) | |
| <input type="checkbox"/> Reportes del laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> Salud mental (incluyendo notas de psicoterapia) | |
| <input type="checkbox"/> Reportes de radiografía | |
| <input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA) | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Toda mi información | |

Esta autorización es hecha por la siguiente razón:

- A mi petición, O
- Especifique: _____

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

1. Esta autorización se vence en un año o come se especifique por el individual:
2. Puedo retirar esta autorización a cualquier tiempo notificando a Planned Parenthood of the Heartland por escrito y es efectivo el día que se le notifique, al menos de que ya se haga realizado la autorización.
3. Información proveída con esta autorización puede ser sujeto a divulgación por el recipiente y ya no es protegida por las Regulaciones de Privacidad Federal.
4. Al autorizar esta información mi cuidado medico y pagos para ese cuidado no serán afectados si yo no firmo esta Autorización.
5. Se me ha ofrecido una copia de esta forma de autorización.

_____ Firma del paciente Fecha Padre/guardián legal Fecha

STAFF USE ONLY

By: _____ Form of Identification: _____