

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties, Inc.
Corporate Offices
Attention: Medical Records Clerk
700 S. Tustin St.
Orange, CA 92866
714-633-6373 (Main)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. del Seguro Social: _____ MR#: _____

Dirección del paciente: _____

Tel. de contacto durante el día: . Tel. de contacto durante la noche: _

➤ **Por favor, tenga en cuenta lo siguiente: si está solicitando su historia clínica de manera remota, PPOSBC requerirá una prueba de su identificación para revisar su solicitud. Por favor, adjunte a esta solicitud una copia de su identificación fotográfica actual y válida (licencia de conducir, ID del Estado, ID Escolar, otra ID fotográfica). PPOSBC revisará su solicitud y la prueba de su identificación.**

Para autorizar a Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties a divulgarle su información de salud a usted, a otro proveedor de atención médica, o a otro tercero, complete la siguiente sección:

POR EL PRESENTE AUTORIZO A PLANNED PARENTHOOD ORANGE AND SAN BERNARDINO COUNTIES A DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA A:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

Para autorizar a otro proveedor de atención médica a divulgarle su información a Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties, complete la siguiente sección:

POR EL PRESENTE AUTORIZO A (NOMBRE): _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

TELÉFONO: _____ **FAX:** _____

A divulgar mi información de salud a:

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties

Attention: Medical Records Clerk

700 S. Tustin St.

Orange, CA 92866

INFORMACIÓN DE SALUD A DIVULGAR:

Autorizo específicamente la divulgación o recepción de la siguiente información.

Marque los casilleros que correspondan a continuación para cada categoría que autoriza:

(Se requieren fechas específicas por análisis —incluye VIH:↓)

Fecha/Rango de fechas

- Informe/imágenes de ultrasonido _____
- Registros de papanicolau _____
- Notas de progreso _____
- *Información relacionada con VIH (pruebas relacionadas con el SIDA)** _____
- Informes de laboratorio (especificar qué informe de Laboratorio) _____
- Registros de vacunación (especificar cuáles) _____
- Otros (especificar): _____

**Si tiene más de un análisis de VIH que solicitar, debe indicar la fecha de cada análisis de VIH.*

Esta Autorización se realiza para el siguiente fin:

- Ante mi solicitud, O
- Especificar otra razón o razones: _____

CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN

1. Esta Autorización vencerá en el aniversario de un año siguiente a la fecha de mi firma al pie, o en la siguiente fecha (insertar fecha): _____.
2. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a Parenthood/Orange and San Bernardino Counties por escrito, y entrará en vigencia en la fecha de notificación excepto en la medida que Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties ya haya actuado sobre la Autorización.
3. La información utilizada o divulgada conforme a esta Autorización podrá quedar sujeta a redivulgación por parte del receptor, y ya no estará protegida por las normas Federales de privacidad.
4. Al autorizar esta divulgación de información, mi atención médica y el pago de la atención médica que reciba no se verán afectados si no firmo este formulario de Autorización.
5. Me han ofrecido una copia de este formulario de Autorización firmado.

FIRMA DEL PACIENTE _____ **FECHA** _____

FOR OFFICE USE ONLY

DATE OF REQUEST : _____ BY (print staff name) : _____

BY (print manager name): _____

PATIENT ID PRESENTED: _____

TYPE OF ID: _____