

- |                          |              |   |                               |
|--------------------------|--------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Annapolis    | 929 West St., Annapolis, MD 21401               | 410-576-1414 Fax 410-267-9147 |
| <input type="checkbox"/> | Baltimore    | 330 N. Howard Street, Baltimore, MD 21201       | 410-576-1414 Fax 410-783-2647 |
| <input type="checkbox"/> | Easton       | 8579 Commerce Drive #102, Easton, MD 21601      | 410-576-1414 Fax 410-820-9674 |
| <input type="checkbox"/> | Frederick    | 170 Thomas Johnson Dr #100, Frederick, MD 21702 | 410-576-1414 Fax 301-620-9442 |
| <input type="checkbox"/> | Owings Mills | 9129 Reisterstown Rd., Owings Mills, MD 21117   | 410-576-1414 Fax 410-581-9105 |
| <input type="checkbox"/> | Towson       | 8501 LaSalle Road Suite 309, Towson, MD 21286   | 410-576-1414 Fax 410-665-6524 |
| <input type="checkbox"/> | Waldorf      | 3975 St. Charles Pkwy, Waldorf, MD 20602        | 410-576-1414 Fax 301-645-8696 |

**FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA COMPARTIR U OBTENER INFORMACION MÉDICA  
AUTHORIZATION FORM TO RELEASE OR OBTAIN HEALTH INFORMATION**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
PATIENT NAME APELLIDO NOMBRE PRIMERA LETRA DE SEGUNDO NOMBRE (SI TIENE)  
 OTROS \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # DE SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
DATE OF BIRTH MES DÍA AÑO  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_  
ADDRESS CITY  
 ESTADO: \_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
STATE ZIP CODE  
 NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA: \_\_\_\_\_  
DAYTIME PHONE NUMBER  
 NÚMERO DE TELÉFONO POR LA NOCHE: \_\_\_\_\_  
NIGHT PHONE NUMBER

Por favor rellene uno de los cuadrados siguientes:

<p><b>Para autorizar a Planned Parenthood of Maryland a compartir mi información médica:</b>          Yo doy mi consentimiento a Planned Parenthood of Maryland para compartir mi información médica y/o tratamiento con:  <b>TO ALLOW PLANNED PARENTHOOD OF MARYLAND TO RELEASE INFORMATION:</b> <i>I authorize Planned Parenthood of Maryland to release information concerning my medical record and/or treatment to:</i></p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>FAX: _____</p>	<p><b>Para obtener información médica mía de otra oficina:</b> Yo autorizo a la oficina abajo nombrado a compartir mi información médica y/o tratamiento con Planned Parenthood of Maryland (envíe la información requerida al centro de salud arriba indicado):  <b>TO REQUEST INFORMATION FROM AN OUTSIDE HEALTH CARE PROVIDER:</b> <i>I authorize the provider named below to release information concerning my medical record and/or treatment to Planned Parenthood of Maryland (send records to the Health Center identified above):</i></p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad, Estado, Código Postal _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>FAX: _____</p>
---	---

**INFORMACIÓN MÉDICA A COMPARTIR:  
HEALTH INFORMATION TO BE RELEASED:**

Yo doy mi consentimiento específicamente para compartir la siguiente información: FECHAS (DATES):  
*I specifically authorize release of the following information:*

<input type="checkbox"/> Historial médico entero Ó (marque las caja(s) correspondiente(s)) <i>Entire Medical Record, OR (check the appropriate box(es))</i>	_____
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico <i>History and physical exam</i>	_____
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol ó de drogas <i>Substance abuse</i>	_____
<input type="checkbox"/> Análisis del laboratorio / Rayos X <i>Lab and radiology reports</i>	_____
<input type="checkbox"/> Salud Mental (incluidos apuntes psicológicos) <i>Mental health (including psychotherapy notes)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Información relacionada a VIH/SIDA <i>HIV related information (AIDS related testing)</i>	_____
<input type="checkbox"/> Otro documento: _____ <i>Other:</i>	_____

## CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN

### CONDITIONS OR AUTHORIZATION

1. Esta autorización se caduca en (fecha o evento siguiente): \_\_\_\_\_  
*This Authorization will expire on (insert date or event):*
2. Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento por una carta escrita dirigida a PP de Maryland, y entrará en vigor en la fecha en la que PPM recibe la notificación, salvo en el caso de que PPM ya ha efectuado dicha autorización.  
*I may revoke this Authorization at any time by notifying Planned Parenthood of MD in writing, and it will be effective on the date notified except to the extent that Planned Parenthood of Maryland has already acted upon such Authorization.*
3. Información usada o compartida según la autorización puede estar sujeta a la redivulgación por el receptor y dejará de estar protegido por las reglas federales de privacidad.  
*Information used or disclosed pursuant to this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected by Federal privacy regulations.*
4. Al autorizar la divulgación de información, mi asistencia sanitaria y el pago por mi asistencia sanitaria no estarán afectados si no firmo este formulario de autorización.  
*By authorizing this release of information, my healthcare and payment for my healthcare will not be affected if I do not sign this Authorization form.*
5. Se me ha ofrecido una copia firmada de este formulario de autorización.  
*I have been offered a Copy of this signed Authorixation form.*
6. He estado informado de que PP de Maryland  recibirá /  no recibirá compensación financiera a cambio por la utilización o divulgación de la información médica descrita arriba.  
*I have been informed that Planned Parenthood of Maryland  will/  will not receive financial or in-kind compensation in exchange for using or disclosing the health information described above.*

<b>X</b> _____ FIRMA DEL PACIENTE PATIENT SIGNATURE	O	_____ FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN PARENT/LEGAL GUARDIAN/AUTHORIZED PERSON	_____ FECHA DATE	_____ FECHA DATE
---	---	---	------------------------	------------------------

FOR OFFICE USE ONLY

Date Request Filled: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Form of Identification Presented: \_\_\_\_\_