

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties, Inc.
Oficinas corporativas
A la atención de: Medical Records Clerk
801 E. Katella Avenue
Anaheim, CA 92805
714-633-6373 (principal)

**SOLICITUD DE COPIA/AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA
INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre del paciente: _____

F. de nacimiento: _____ Número del seguro social: _____ N.º de HC: _____

Dirección del paciente: _____

Número de teléfono: _____

PARA SOLICITAR REGISTROS DE PPOSBC

**POR LA PRESENTE AUTORIZO A PLANNED PARENTHOOD ORANGE AND
SAN BERNARDINO COUNTIES A DIVULGAR MI INFORMACIÓN DE SALUD
A:**

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: __ CÓDIGO

POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

PARA SOLICITAR REGISTROS DE OTRO PROVEEDOR DE ATENCIÓN MEDICA

POR LA PRESENTE AUTORIZO A (PROVEEDOR): _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: __ CÓDIGO

POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ FAX: _____

A divulgar mi información de salud a:

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties

A la atención de: Medical Records Clerk

801 E. Katella Ave.

Anaheim, CA 92805

INFORMACIÓN DE SALUD A DIVULGAR:

Autorizo específicamente la divulgación o recepción de la siguiente información.

A continuación, marque los casilleros apropiados por cada categoría que autoriza:

(Se requieren las fechas específicas de cada prueba, incluso de VIH:↓)

Fecha/Rango de fechas

- Informe de ecografía/diagnóstico por imágenes _____
- Registros de pruebas de Papanicolaou _____
- Notas de evolución _____
- Informes de laboratorio (especifique qué informe de laboratorio) _____
- *Información relacionada con el VIH (pruebas vinculadas al SIDA)** _____
- Registros de salud mental/conductual _____
- Registros de vacunación (especifique cuáles) _____
- Otro (especifique): _____

**Si tiene más de una prueba de VIH para solicitar, debe detallar la fecha de cada prueba de VIH.*

Solicito que mis registros médicos sean enviados en el siguiente formato:

Copias en papel que serán enviadas **por correo** a:

Misma dirección anterior

Otra dirección: _____

Correo electrónico* (cifrado) a la siguiente dirección:

*Tenga en cuenta que el uso del correo electrónico para transmitir sus registros de salud conlleva riesgos. Es posible que los correos electrónicos no sean confiables, seguros o privados. Entre otros riesgos, el correo electrónico se puede hackear o enviar a la persona equivocada y cualquier persona con acceso a una cuenta de correo electrónico tendrá acceso a todos los mensajes de esa cuenta. Al solicitar que su información le sea enviada a usted o a otra persona por correo electrónico, usted reconoce y acepta los riesgos de transmitir y recibir su información por correo electrónico.

Fax al número de fax siguiente: _____

Otro: _____

Esta autorización se realiza por el motivo siguiente:

A mi pedido, O

Especifique otro(s) motivo(s): _____

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

1. Esta autorización caducará al transcurrir un año a partir de la fecha de mi firma al pie o en la fecha siguiente (introduzca la fecha): _____.
2. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties por escrito, y la revocación entrará en vigor en la fecha notificada excepto en la medida en que Planned Parenthood Orange and San Bernardino Counties ya haya adoptado medidas en virtud de dicha Autorización.

3. La información utilizada o divulgada en conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una redivulgación por parte del receptor y es posible que ya no esté protegida por las reglamentaciones de privacidad federal.
4. Al autorizar esta divulgación de información, mi atención médica y el pago por mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario de Autorización.
5. Se me ha ofrecido una copia de este formulario de Autorización firmado.

➤ **Tenga en cuenta lo siguiente: si está solicitando sus registros a distancia, PPOSBC solicitará un documento de identidad para revisar su solicitud. Adjunte a esta solicitud una copia de su identificación con foto válida y actualizada (licencia de conducir, identificación estatal, identificación escolar, otra identificación con foto). PPOSBC revisará su solicitud y el documento de identidad.**

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

FECHA DE SOLICITUD: _____ POR (nombre del miembro del personal en imprenta) :
_____ POR (nombre del gerente en imprenta):

IDENTIFICACIÓN PRESENTADA: _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: _____