

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO PRIMERO MI NOMBRE DE SOLTERA/O OTRO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO _____ - _____ - _____ **ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DE SS#:** _____ **TELÉFONO #:** _____
MES DIA AÑO

YO AUTORIZO **PLANNED PARENTHOOD GULF COAST, INC. (PPGC)** ● 4600 Gulf Freeway ● Houston, TX 77023:

Para **LIBERAR** la información especificada a continuación: Para **RECIBIR** la información especificada a continuación:

A: _____ De: _____

Teléfono de oficina #: _____ Teléfono de oficina #: _____

Fax de oficina #: _____ Fax de oficina #: _____

O, si se aplica la siguiente declaración, seleccione a continuación.

YO AUTORIZO PPGC PARA DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA A LA AGENCIA O AGENCIAS DE EJECUCIÓN DE LA LEY APROPIADAS QUE INVESTIGUE EL INCIDENTE REPORTADO A PPGC EN (FECHA DEL INFORME): _____

La información de salud se divulgará específicamente como se indica a continuación [marque la(s) casilla(s) correspondiente(s)]:

	FECHAS
<input type="checkbox"/> Registro médico completo (incluidas pruebas y resultados relacionados con el VIH/SIDA)	_____
<input type="checkbox"/> Notas de progreso (incluida la historia y el examen físico)	_____
<input type="checkbox"/> Informes de laboratorio (análisis de sangre, culturas)	_____
<input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH/SIDA (pruebas y resultados)	_____
<input type="checkbox"/> Informes de Papanicolaou/Biopsia (citología, histología)	_____
<input type="checkbox"/> Informes de imágenes (radiografías, ultrasonido, mamografía)	_____
<input type="checkbox"/> Salud mental (incluidas notas de psicoterapia)	_____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____

CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN

- Esta autorización caducará en un año a partir de la fecha a continuación.
- Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a PPGC por escrito, y será efectiva en la fecha notificada, excepto en la medida en que PPGC ya haya actuado conforme a dicha Autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no está protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.
- Mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario de autorización.
- Me han ofrecido una copia de este formulario de Autorización firmado.
- El objetivo de la Autorización es legal cuidado médico seguridad otro (especifique): _____

FIRMA DEL PACIENTE FECHA PADRE / TUTOR LEGAL / PERSONA AUTORIZADA FECHA