



Planned Parenthood of Greater Ohio

CLINIC ADDRESS LABEL HERE

**AUTORIZACIÓN PARA EL COMPARTIR INFORMACIÓN MEDICA**

Authorization for Release of Medical Information

PUT PATIENT LABEL HERE

**IMPRIMA (PLEASE PRINT)**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_  
PATIENT NAME DATE OF BIRTH

**YO, LA/EL DESIGNADO(A) DE ESTA MANERA AUTORIZO A PPGOH EL** \_\_\_\_\_ **REPORTAR** \_\_\_\_\_ **OBTENER**  
I, THE UNDERSIGNED, HEREBY AUTHORIZE PPGOH TO RELEASE OBTAIN

**INFORMACIÓN EN MI HISTORIAL MÉDICO A/DE:**

INFORMATION CONTAINED IN MY MEDICAL RECORD TO/FROM

**NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE SALUD:** \_\_\_\_\_  
NAME OF HEALTH CARE PROVIDER

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_  
ADDRESS

**TELEFONO** \_\_\_\_\_  
PHONE

**FAX:** \_\_\_\_\_

**La siguiente información es necesaria para seguir el cuidado de salud/The following information is needed for continuity of care:**

- Examen Pélvico / Pelvic Exam
- Examen de los senos / Breast Exam
- Resultados patológicos del Pap / Pap/Pathology Results
- Historial de la última inyección Depo / Record of Last Depo Injection
- Pruebas de Laboratorio / Laboratory Tests
- \_\_\_\_\_
- Resultados de Colposcopia / Colposcopy Results
- Recomendaciones/Plan de Seguimiento Medico del Examen de Colposcopia / Colposcopy exam notes/Plan of Care
- Notas sobre procedimientos / Procedure Notes

**CONDICIONES PARA LA AUTORIZACION**

- Esta Autorización es valida por noventa (90) días.
- Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a Planned Parenthood por escrito y entrará en efecto el día de notificación excepto si Planned Parenthood ya haya usado dicha Autorización.
- Información usada o entregada debido a esta Autorización puede estar sujeta a ser compartida por el recipiente de esta y no estar protegida por las regulaciones Federales de privacidad.
- Al dar mi consentimiento de acceso a esta información my cuidado de salud y mi pago por el mismo no serán afectados so no decido firmar esta Autorización.
- Se me ha sido ofrecida una copia firmada de esta Autorización.

**CONDITIONS OF AUTHORIZATION**

- This Authorization is valid for ninety (90) days.
- I may revoke this Authorization at any time by notifying Planned Parenthood in writing, and it will be effective on the date notified except to the extent that Planned Parenthood has already acted upon such Authorization.
- 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.
- 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.
- I have been offered a copy of this signed Authorization form.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
PATIENT SIGNATURE

**FECHA:** \_\_\_\_\_  
DATE

**TESTIGO(A) :** \_\_\_\_\_  
WITNESS

**FECHA:** \_\_\_\_\_  
DATE