

Autorización

Para la Divulgación de Información Médica

CLINIC ADDRESS LABEL HERE

PATIENT LABEL HERE

POR FAVOR COMPLETE LEGIBLEMENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

YO, LA/EL QUE SUBSCRIBE / ABAJO FIRMATE, DE ESTA MANERA AUTORIZO A PPGOH A:

Reportar Obtener

INFORMACIÓN EN MI HISTORIAL MÉDICO A/DE:

Nombre del proveedor de cuidados de salud: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA SEGUIR SU CUIDADO DE SALUD:

Examen Pélvico

Examen de senos

Resultados de patología del Papanicolaou

Historial de la última inyección Depo

Resultados de la Colposcopia

Recomendaciones/Plan de Atención Médica del Examen de Colposcopia

Notas sobre procedimientos

Pruebas de Laboratorio

Algo Más: _____

Esta autorización se da con el siguiente propósito: A petición mía, O especificar: _____

*Si se van a entregar los registros médicos a otro proveedor:

Ubicación del centro de salud de PP donde la/lo vieron por última vez _____ Año de su última visita en ese lugar _____

CONDICIONES PARA LA AUTORIZACION

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

Firma de la / del paciente: _____ Fecha: _____

Testigo(a): _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA. Date request filled: _____ By: _____

Identification presented: _____ Form of identification: _____