

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente:	Nombre de Soltera u Otro Nombre:	No. de Registro Médico:
Dirección:		
Fecha de Nacimiento: / /	Teléfono: () -	Seguro Social: - -

YO AUTORIZO QUE PP OF THE SOUTHERN FINGER LAKES (especifique centro)

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Corning
135 Walnut St., 14830
(607)962-4686
(607)962-7520 fax | <input type="checkbox"/> Elmira
755 E. Church St., 14901
(607)734-3313
(607)734-3392 fax | <input type="checkbox"/> Hornell
111 Seneca St., 14843
(607)324-1124
(607)324-2666 fax | <input type="checkbox"/> Ithaca
620 W Seneca St., 14850
(607)273-1513
(607)273-8776 fax | <input type="checkbox"/> Watkins Glen
106 W. 4 th St., 14891
(607)535-0030 Ph/Fax |
|---|---|---|--|--|

- A divulgar copias de mi archivo médico:
 A obtener copias de mi archivo médico:
 A conversar sobre mi cuidado médico con:

Nombre de Médico/Proveedor: _____ Dirección: _____ _____ Tel # () - _____ Fax # () - _____

Específicamente autorizo la revelación de la siguiente información:

- Archivo médico de (fecha) _____ a (fecha) _____
 Prueba de Papanicolaou: Todo o (diga la fecha) _____
 Informes de laboratorio (cuáles) _____
 Registros de un aborto medico (diga la fecha) _____
 Registros de un aborto quirúrgico (diga la fecha) _____
 Otro: _____
 Todos mis registros médicos:

Se puede incluir, si el archivo con tiene: <i>(Indique con iniciales)</i> : <input type="checkbox"/> Información relacionada a VIH <input type="checkbox"/> Registros de un aborto
--

PROPOSITO DE LA AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN:

- A petición mía, o Continuidad de atención: Otro: _____

CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN

- Esta autorización se vence un año de la fecha de mi firma en este formulario o ___/___/___ (el que venga primero).
- Esta autorización puede incluir la divulgación DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente de arriba.
- Si autorizo la divulgación de información relacionada a VIH, el recipiente tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización al menos que sea bajo ley federal o estatal. Si sufro discriminación a resultado de la autorización o divulgación de información relacionada a VIH/SIDA, puedo contractar a la División de Derechos Humanos del Estado de NY al 1-888-392-3644. Esta agencia es responsable por proteger mis derechos.
- Puedo revocar esta autorización cuando quiera dando una notificación escrita a Planned Parenthood, y será efectiva en la fecha indicada a menos que Planned Parenthood ya haya llevado a cabo la divulgación.
- La información usada o divulgada como resultado de esta autorización posiblemente podría ser divulgada de nuevo por el recipiente y ya no estar protegida por regulaciones de privacidad federales.
- Mi atención médica y los cobros por mi atención médica no se verán afectados si yo no firmo esta autorización.
- Me han ofrecido una copia de este formulario firmado.

_____ FIRMA DEL/DE LA PACIENTE	_____ FECHA	(O) _____ P(M)ADRE, TUTOR LEGAL, O PERSONA AUTORIZADA	_____ FECHA
_____ TESTIGO	_____ FECHA	_____ AUTORIDAD PARA FIRMAR POR EL/LA PACIENTE	

DATE REQUEST COMPLETED: _____	BY: _____
-------------------------------	-----------