

**Planned Parenthood®
of South, East and North Florida**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tallahassee 2618 W Tennessee St Tallahassee, FL 32304 | (850) 574-7455.....Fax (850) 575-4335 |
| <input type="checkbox"/> Gainesville 914 NW 13 Street Gainesville, FL 32601 | (352) 377-0881.....Fax (352) 374-6823 |
| <input type="checkbox"/> Jacksonville 5978 Powers Ave Jacksonville FL 32217 | (904) 399-2800.....Fax (904) 399-2525 |
| <input type="checkbox"/> Martin County 1322 NW Federal Hwy., Stuart, FL 34994, | (772) 692-2023..... Fax (772) 692-1555 |
| <input type="checkbox"/> West Palm Beach 931 Village Blvd., Suite 904 WPB, FL 33409, | (561) 683-0302.....Fax (561) 683-9823 |
| <input type="checkbox"/> Wellington 1011 1 Forest Hill Blvd Suite# 340 Wellington, FL 33414 | (561) 296-4919.....Fax (561) 721-3474 |
| <input type="checkbox"/> Boca Center 8177 Glades Rd, Bay 25, Boca Raton, FL 33434 | (561) 226-4116.....Fax (561) 939-1344 |
| <input type="checkbox"/> Pembroke Pines 263 N University Dr, Pembroke Pines, FL 33024 | (954) 989-5747.....Fax (954) 989-2371 |
| <input type="checkbox"/> Golden Glades 585 NW 161 st St. Miami, FL 33169 | (305) 830-4111.....Fax (305) 830-4101 |
| <input type="checkbox"/> Miami Jean Shehan 1378 Coral Way, Miami, FL 33145, | (305) 285-5535.....Fax (305) 285-6956 |
| <input type="checkbox"/> Kendall 8900 SW 117th Ave Suite 207B Miami, FL 33186 | (786) 263-0001.....Fax (786) 263-0004 |

AUTORIZACION A DIVULGAR INFORMACION MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE:

APELLIDO	NOMBRE	2o. NOMBRE (inicial)	APELLIDO DE SOLTERA U OTRO APELLIDO
----------	--------	----------------------	-------------------------------------

FECHA DE NACIMIENTO: ____-____-____ SS#: ____-____-____ HISTORIA CLINICA #: _____
MES DIA Año

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

TELEFONO (Trabajo): _____ TELEFONO (hogar): _____

**POR LA PRESENTE AUTORIZO A PLANNED PARENTHOOD OF SOUTH, EAST AND NORTH FLORIDA
 A OBTENER o DIVULGAR MI INFORMACION MÉDICA DE o A:**

(INDIQUE UNO)

(INDIQUE UNO)

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

INFORMACION MÉDICA A DIVULGARSE

Autorizo **específicamente** la divulgación de la información:

- _____ Historia notas de visita
- _____ VIH Resultados de la prueba
- _____ Reportes de exámenes de Papanicolaou
- _____ ITS resultados (infecciones de transmisión sexual)
- _____ Registro de Salud Mental o Informes
- _____ Registros de otros proveedores que Planned Parenthood pueden tener en su poder
- _____ Biopsia
- _____ Ultrasonido
- _____ Mamografía

CONDICIONES DE LA AUTORIZACION

1. Esta Autorización caducará a los doce(12)meses de la fecha de firmarse a menos que es especifique otra fecha a continuación:

2. Puedo cancelar o modificar esta Autorización mediante notificación por escrito a PLANNED PARENTHOOD OF SOUTH, EAST AND NORTH FLORIDA Inc. siendo efectiva dicha cancelación o cambio en la fecha que fue dada la notificación. Se exceptúa de dicha cancelación o cambio la información que ya haya sido divulgada por Planned Parenthood of South Florida and Treasure Coast, Inc de antemano a la fecha de la cancelación.
3. La información utilizada o divulgada en relación a esta Autorización puede estar sujeta a ser divulgada a su vez por el destinatario y en tal caso ya no estar protegida por las regulaciones Federales de privacidad.
4. El cuidado médico y los servicios, asi como mi pago no quedarán afectado si no firmo este formulario.
5. Se me ha ofrecido una copia de esta Autorización firmada.

_____ O _____
 FIRMA DEL PACIENTE PERSONA AUTORIZADA

FECHA _____ FECHA _____

FECHA EN QUE SE COMPLETO EL PEDIDO: _____ POR: _____

LA IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE FUE PRESENTADA: _____ TIPO DE IDENTIFICACION: _____

CONFIDENTIALITY NOTICE: THE INFORMATION CONTAINED IN THIS FACSIMILE TRANSMISSION IS PRIVILEGED AND CONFIDENTIAL INTENDED FOR THE USE OF THE ADDRESSEE LISTED ON THE COVER PAGE. THE AUTHORIZED RECIPIENT OF THIS INFORMATION IS PROHIBITED FROM DISCLOSING THIS INFORMATION TO ANY OTHER PARTY AND IS REQUIRED TO DESTROY (I.E., SHRED) THE INFORMATION AFTER ITS STATED NEED HAS BEEN FULFILLED. IF YOU ARE NOT THE INTENDED RECIPIENT, YOU ARE HEREBY NOTIFIED THAT ANY DISCLOSURE, COPYING, DISTRIBUTION, OR ACTION TAKEN IN RELIANCE ON THE CONTENTS OF THESE DOCUMENTS IS STRICTLY PROHIBITED (FEDERAL REGULATION 42 CFR, PART 2, AND 45 CFR, PART 160).

IF YOU RECEIVE THIS FAX IN ERROR, PLEASE NOTIFY THE SENDER IMMEDIATELY BY CALLING THE PHONE NUMBER ABOVE TO ARRANGE FOR RETURN OF THE DOCUMENTS.