

AUTORIZACIÓN PARA USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ MR# _____

Fecha de nacimiento: _____ Núm. de Seg. Soc.: _____

Teléfono: _____

Dirección completa del paciente: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO A:

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties, Inc. ("PPOSBC")

u

Otro proveedor, que se llama: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

A REVELAR MI INFORMACIÓN MÉDICA A:

Planned Parenthood/Orange and San Bernardino Counties, Inc.

A la atención de: Medical Records Specialist

801 E. Katella Ave.

Anaheim, CA 92805

Fax seguro # (714) 633-1784 o

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Esta Autorización de Uso o Revelación se realiza con el siguiente propósito:

A petición mía como Paciente (o Representante del Paciente), O

Especifique otra(s) razón(es): _____

Las siguientes son mis limitaciones sobre esta Autorización y/o el uso o revelación de la información que permite: _____

INFORMACIÓN DE SALUD A SER REVELADA

Autorizo específicamente la revelación o recepción de la siguiente información.

TODOS los registros médicos y/o información de salud relacionada con mi historial médico, condición mental o física y el tratamiento recibido O

- Solo los siguientes registros o tipos de información de salud**
- | | Fechas |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de ultrasonido/Imágenes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Registro(s) de prueba de Papanicolaou | _____ |
| <input type="checkbox"/> Nota(s) de progreso | _____ |
| <input type="checkbox"/> Informe(s) de laboratorio (especifique) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Registro(s) de inmunización | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique): _____ | |

Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información (iniciales requeridas; si no tienen iniciales, incluso si se seleccionó "TODO" arriba, se excluyen):

- Información sobre tratamientos de salud mental/conductual **Iniciales** _____
 Incluye conversaciones/revelaciones verbales. Se requiere una autorización por separado para autorizar la revelación o el uso de notas de psicoterapia.
- Información sobre pruebas genéticas **Iniciales** _____
- Resultados de la prueba de VIH/SIDA **Iniciales** _____

Solicito que mis registros sean enviados en el siguiente formato (elegir):

Copia en papel La misma dirección que aparece en la página 1 para la revelación enviada por correo a: Dirección diferente: _____

Correo electrónico* dirección (encriptada): _____
 Al solicitar que se envíe por correo electrónico (enviado desde noreply@barracuda.com), usted acepta los riesgos, incluyendo, entre otros, que se pueda piratear o enviar a la persona equivocada, que no sea confiable, seguro o privado, y cualquier persona con acceso a la cuenta tiene acceso a todos los mensajes.

- Fax** al siguiente número de fax: _____
- Otro** (por ejemplo, recogerla en el centro de salud): _____

DERECHOS Y CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN

1. Esta Autorización vence en la siguiente fecha: _____. Si no se proporciona una fecha, esta Autorización vence un año después de la fecha de mi firma a continuación.
2. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando por escrito a PPOSBC a la dirección anterior. Mi revocación entrará en vigor al recibirla, excepto en la medida en que otros hayan actuado confiando en esta autorización.
3. El destinatario podría volver a revelar la información divulgada de conformidad con esta Autorización. Dicha revelación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal. Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe esta información médica la revele más a menos que obtenga otra autorización para tal revelación o que la ley exija o permita específicamente dicha revelación.
4. Puedo negarme a firmar esta Autorización. Mi negativa no afectará la capacidad del paciente para obtener tratamiento o pago o elegibilidad o inscripción para beneficios.
5. Puedo inspeccionar (o solicitar por separado y obtener mi propia copia) la información de salud que se usa o revela de conformidad con esta Autorización.
6. Tengo derecho a (y por la presente se me ha ofrecido) una copia de esta Autorización.

Si solicita registros de forma remota, adjunte una copia de una identificación con foto válida y actual de la persona que firma este formulario (licencia de conducir, identificación estatal o escolar, etc.) o proporcione el número de identificación aquí:

_____.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Si es representante del paciente, nombre y relación _____



**Planned
Parenthood®**

Orange and San Bernardino Counties

Attention: Medical Records Clerk

801 E. Katella Avenue

Anaheim, CA 92805

714-633-6373 (Main)

FOR OFFICE USE ONLY

DATE REQUEST RECEIVED: _____ **ID TYPE:** _____

RECEIVED BY (print staff name): _____

REVIEWED BY (print manager name): _____