

**AUTHORIZATION FORM FOR  
RELEASE OF HEALTH INFORMATION/  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA**



Planned Parenthood of Southwestern Oregon

PLANNED PARENTHOOD OF SOUTHWESTERN OREGON

Phone Number: 541-344-9411 | Fax Number: 541-344-6519 | Email: medicalrecords@ppsworegon.org

Patient Name: \_\_\_\_\_

*Nombre del/de la paciente:* Last/Apellidos \_\_\_\_\_ First/Nombres \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Maiden and/or other name(s): \_\_\_\_\_

*Apellido de soltera u otro(s) nombre(s)* (Include all names that may be in your records/*Incluya todos los nombres que puedan aparecer en su archivo*)

Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

*Fecha de nacimiento mm/dd/yy (mes/día/año) # de seguro social PPSO # de expediente*

Current Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

*Dirección actual Ciudad Estado Código postal*

Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_ Evening Phone/Teléfono (durante la noche): \_\_\_\_\_

**I authorize Planned Parenthood of Southwestern Oregon to release my health information to:**

*Por la presente autorizo a Planned Parenthood of Southwestern Oregon (PPSO) para proporcionar mi información de salud a:*

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Fax/Número de fax: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_

State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip/Código postal: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

**I authorize the health care provider named below to release my health information to:**

*Por la presente autorizo al proveedor de salud cuyo nombre aparece a continuación, proporcionar mi información de salud a:*

Planned Parenthood of Southwestern Oregon - 3579 Franklin Boulevard Eugene, Oregon

Fax: (541) 344-6519

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Fax/Número de fax: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_

State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip/Código postal: \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

**This Request and Authorization is made for the following purpose:**

*Hago esta solicitud y autorización con el siguiente propósito:*

To share information between health care providers who plan to or already have initiated or continued my care.  
*Para compartir información entre proveedores de salud quienes planean/ya han iniciado o continúan mi cuidado.*

Other – Specify reason/ Otro – especifique el motivo: \_\_\_\_\_

**Health Information to be released - Check all boxes that apply:**

*Información de salud a divulgar - Marque todas las cajas que correspondan:*

**All clinical records listed below including HIV testing & results** Date range: \_\_\_\_\_  All  
*Todos los archivos clínicos en la parte inferior incluyendo pruebas y resultados del VIH Rango de fechas Todos*

**History & physical exam**, excluding HIV related/Historial y examen físico(excepto lo relacionado al VIH) Dates: \_\_\_\_\_  All  
**Progress notes**, excluding HIV related/Notas de progreso (excepto lo relacionado al VIH)

**Visit and procedure notes**, excluding HIV related/Notas de la visita y procedimiento (excepto lo relacionado al VIH)

**Follow-up & referral records, letters, documents**, excluding HIV related

*Archivos de seguimiento y referencias (remisiones), cartas, documentos (excepto lo relacionado al VIH)*

**Visit summaries**, excluding HIV related/Resumen de la visita (excepto lo relacionado al VIH)

**Laboratory & other diagnostic reports**, excluding HIV related/Reportes de \_\_\_\_\_  All  
*laboratorio & otros reportes de diagnósticos (excepto lo relacionado al VIH)*

**HIV-AIDS related testing & results**/Pruebas y resultados relacionados al VIH-SIDA Dates: \_\_\_\_\_  All

**Consents and teaching materials**/Materiales de educación y consentimientos Dates: \_\_\_\_\_  All

**Relevant records from another provider**/Información relevante de otro proveedor Dates: \_\_\_\_\_  All

**Other/otro** \_\_\_\_\_ Dates: \_\_\_\_\_  All

**AUTHORIZATION FORM FOR  
RELEASE OF HEALTH INFORMATION/  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA**

PLANNED PARENTHOOD OF SOUTHWESTERN OREGON

Phone Number: 541-344-9411 | Fax Number: 541-344-6519 | Email: medicalrecords@ppsworegon.org

**Please Note:** Substance abuse records (including alcohol/drug abuse) and mental health records (including psychotherapy notes) are not generated by PPSO nor kept in the record if received from another provider. Additionally, we will not provide copies of any records we have received from another provider unless specifically requested.

**Nota:** La información sobre el abuso de sustancias (incluyendo el abuso de drogas/alcohol) e información sobre la salud mental (incluyendo notas de psicoterapia) no son generados por PPSO, ni son retenidos en el expediente médico en caso de recibir tal información de otro(s) proveedor(es). Adicionalmente, no proporcionaremos copias de cualquier información médica que hemos recibido de otro proveedor si no es solicitado específicamente.

**I request the Health Information be provided in the following format/Solicito que la Información de Salud sea proporcionada en el siguiente formato: :**

Patient Portal (you must have an active Patient Portal account to fulfill this request)/Portal del paciente (debe tener una cuenta activa en el Portal del paciente para cumplir con esta solicitud)

Encrypted e-mail to/Correo electrónico encriptado a: \_\_\_\_\_

Unencrypted e-mail to: (must read and initial understanding of risks below) / Correo electrónico sin cifrar a: (debe leer y comprender inicialmente los riesgos a continuación) : \_\_\_\_\_

**Risks of using encrypted email:** I understand that choosing unencrypted e-mail to receive Protected Health Information has risks. This information may be misdirected, read, or intercepted by unauthorized parties and people who have access to this e-mail account will also be able to view the medical records requested. Initial Below if you would still like to receive the medical records via unencrypted e-mail/**Riesgos de usar correo electrónico encriptado:** Entiendo que elegir correo electrónico no encriptado para recibir información de salud protegida tiene riesgos. Esta información puede ser desviada, leída o interceptada por personas no autorizadas y las personas que tengan acceso a esta cuenta de correo electrónico también podrán ver los registros médicos solicitados.

Coloque sus iniciales a continuación si aún desea recibir los registros médicos por correo electrónico sin cifrar:: \_\_\_\_\_

Fax to, number/ Enviar por fax al número: \_\_\_\_\_

Other electronic format/ Otro formato electrónico: \_\_\_\_\_

Paper copy mailed to, Address/City/Zip Copia en papel enviada por correo a, Dirección/Ciudad/Código postal: \_\_\_\_\_

Arrange a pick-up date & time with us at, phone number/ Coordine una fecha y hora de recogida con nosotros al número de teléfono: \_\_\_\_\_

**CONDITIONS OF AUTHORIZATION/CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN**

1. This Authorization will expire on (insert date, maximum one year from today): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*Esta autorización expira el (indique la fecha, máximo un año después de la fecha de hoy)*
2. I may revoke this Authorization at any time by notifying Planned Parenthood of Southwestern Oregon (PPSO) in writing, and it will be effective on the date notified except to the extent that PPSO has already acted upon such Authorization.  
*Yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento con una notificación escrita a Planned Parenthood of Southwestern Oregon (PPSO), y la revocación será efectiva el día en que lo notifique con la excepción de que PPSO ya haya actuado sobre dicha autorización.*
3. 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.  
*La información usada o divulgada en acuerdo a esta autorización puede ser sujeta de re-divulgación por parte del recipiente y puede dejar de ser protegida bajo las reglas federales de privacidad.*
4. 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.  
*Al autorizar este formulario para la divulgación de información, entiendo que mi cuidado de salud y el pago para mi cuidado de salud no serán afectados en caso de no firmar este formulario para la Autorización.*
5. I have been offered a copy of this signed Authorization form.  
*Me han ofrecido una copia firmada de este formulario para la Autorización.*
6. I have been informed that PPSO will not receive financial or in-kind compensation in exchange for using or disclosing the health information described above.

**AUTHORIZATION FORM FOR  
RELEASE OF HEALTH INFORMATION/  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN MÉDICA**



Planned Parenthood of Southwestern Oregon

PLANNED PARENTHOOD OF SOUTHWESTERN OREGON

Phone Number: 541-344-9411 | Fax Number: 541-344-6519 | Email: medicalrecords@ppsworegon.org

*He sido informado que PPSO no recibirá compensación financiera o cualquier tipo de compensación a cambio de usar o divulgar la información de salud indicada anteriormente.*

**Signature of Patient** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Firma del/de la paciente* *Fecha*

Or ó

**Signature of Parent/HIPAA Personal Representative**

*Representante personal de HIPAA*

**Legal Guardian/Authorized Person** \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Firma del Padre o de la Madre/Tutor legal/ Persona autorizada* *Fecha*

**FOR OFFICE USE ONLY:** Date received: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ If required, request sent to Director of AQC on \_\_\_\_ by \_\_\_\_

Date request filled: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ By (print name): \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Form of ID presented or used to verify identity:  DL/Photo ID  Passport  Medical Record Signature Comparison

Other: \_\_\_\_\_

**Note:** When PPSO receives an authorization to release records from an outside entity, the authorization MUST contain all of the elements in this document.

**This form is required for release of patient information to a person/entity that is not considered part of patient's TPO (treatment, payment or operations).**