

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR U OBTENER INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
APELLIDO NOMBRE INICIALES NOMBRE ELEGIDO, APELLIDO DE SOLTERA/O, E OTRO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ ÚLT. 4 DÍGITOS DEL SSN: _____ N.º DE REG. MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: ____ CÓD. POSTAL: _____

TELÉFONO DIURNO: _____ TELÉFONO NOCTURNO: _____

Divulgación de información:

Autorizo a: (seleccionar uno)

- Planned Parenthood of Maryland
 Nombre de otro centro: _____

a divulgar información relacionada con los registros médicos o el tratamiento del paciente mencionado anteriormente a: (seleccionar uno)

- Planned Parenthood of Maryland
 Registros médicos
 330 North Howard Street
 Baltimore, MD 21201
 Fax: 877-346-0108
 Correo electrónico: medicalrecords@ppm.care

- Otro:
 Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____
 Correo electrónico: _____

Con el siguiente fin:

- Mi solicitud
 Seguro
 Continuidad de la atención
 Legal
 Otro: _____

Solicito que la información se divulgue a través de: (seleccionar uno):

- MyChart (solo se aplica si está inscrito en MyChart)
 Fax
 Correo electrónico no seguro (consulte el descargo de responsabilidad a continuación)
 Correo
 Recogida en persona

Información de salud que se divulgará:

- Historial médico completo, O (marque las casillas correspondientes)
 Historial y examen físico
 Abuso de sustancias (incluido el abuso de alcohol/drogas)
 Informes de laboratorio/informes de radiología
 Salud mental (incluidas notas de psicoterapia)
 Información relacionada con el VIH (pruebas relacionadas con el SIDA)
 Otro: _____

FECHA(S) DE ATENCIÓN:

CONDICIONES DE AUTORIZACIÓN:

- Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma a continuación, a menos que se escriba aquí una fecha o condición de vencimiento específica: _____
- Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando a Planned Parenthood of Maryland por escrito, vigente desde la fecha de la notificación, excepto en la medida en que Planned Parenthood of Maryland ya haya actuado sobre dicha Autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Al autorizar esta divulgación de información, mi atención médica y el pago de mi atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario de autorización.
- Se me ha ofrecido una copia de este formulario de autorización firmado.
- Descargo de responsabilidad de correo electrónico no seguro: Las comunicaciones por correo electrónico a través de internet no son seguras. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que la información incluida en los correos electrónicos pueda ser interceptada y leída por otras partes además de la persona a la que está dirigida.

X _____ O _____

Firma del paciente

Fecha

Padre/tutor legal/persona autorizada

Fecha