

**EJEMPLAR RECOMENDADO**  
**Autorización o Rechazo a Liberar el Historial Médico**  
**para Servicios de Planificación Familiar Fuera del Plan**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle  
\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zona Postal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Registro de Cliente: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR EL HISTORIAL MÉDICO:**

Por este medio SOLICITO Y AUTORIZO a \_\_\_\_\_ a liberar  
(nombre de la clínica)

de/enviar a (circule una o ambas) \_\_\_\_\_ toda información e  
(nombre del plan de administración de servicios médicos)

Historial relacionado con mi diagnóstico y tratamiento de usted de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(fecha) (fecha)

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

**RECHAZO A LIBERAR EL HISTORIAL MÉDICO:**

A. Por este medio solicito que ustedes NO:  
Liberen a mi plan cualquier información y/o historial médico relacionado con diagnóstico y  
tratamiento que me proporcionó su clínica.

B. Por este medio solicito que ustedes NO  
Presenten una factura a mi plan para procesamiento y pago.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

*Instrucciones:*

1. *Uso para obtener consentimiento para liberar y/o enviar historial clínico –Sección de Consentimiento* Conservar el original en el registro.
2. *Uso para documentar confidencialidad absoluta – Ítem A y B* Conservar el original en el registro.
3. *Uso para documentar rechazo de historial médico – Sólo Ítem A* Conservar el original en el registro.