

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.