AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Finalidad de la divulgación: Participación en la investigación

Este formulario debe ser completado por la persona para quien se solicitan los expedientes médicos. En caso de parientes fallecidos, el pariente más cercano o el albacea testamentario de la persona deben completar este formulario.

Se liberan los expedientes médicos de:

_____

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

nacido/a el ____/____/____ No. Seg. Soc._____/____/_____ (opcional)
Mes Día Año

quien: (marque una opción) ❑ Vive ❑ Ha fallecido. Si ha fallecido, indique la fecha de defunción:
____/_____/_____
Mes Día Año

De: _____
Institución remitente

Proporcione toda mi información médica con respecto a: remisión al estudio investigativo

Sírvase entregar y proveer lo anterior a: Dawn Caraballo, Coordinador de la Investigación
The Cleveland Clinic
Genomic Medicine Institute
9500 Euclid Avenue, NE-50
Cleveland, OH 44195
Fax: (216) 636-0009

Comprendo y reconozco que esta autorización se extiende con respecto a la información total o parcial designada anteriormente, lo cual puede incluir los resultados de la prueba genética, el tratamiento de enfermedades físicas y mentales, y/o abuso de alcohol o drogas, y/o SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), y/o puede incluir los resultados de una prueba de VIH o el hecho de que tal prueba fue realizada. La información en forma de audio, foto o video ha sido designada anteriormente, si procede. Doy mi consentimiento expreso de divulgar la información designada anteriormente. Esta autorización no tiene fecha de expiración.

_____ _____
Firma de Paciente o Pariente cercano Fecha

_____ _____
Nombre con letra de molde Parentesco, si no es el paciente