CCF IRB #: IRB 8458 Approval Date: 9/23/2024 Expiration Date: 9/22/2025

The Cleveland Clinic, IRB 8458

Mecanismos Moleculares Involucrados en Ia Predisposicion al Cancer

## AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Proposito de Ia divulgacion: participacion en Ia investigacion

Este formulario debe ser completado porla persona de quien se solicitan los registros medicos. En el caso de familiares fallecidos, este formulario debe ser completado por el familiar directo o el albacea del patrimonio del individuo.

| Se divulgan los registros mo  | edicos de:   |   |
|---|--|---|
| Apellido  | Primer nombre  | Inicial del segundo nombre  |
| nacido el / /<br>Mes Dia Afio   | N.º c  | le S.S/(opcional)   |
| quien esta: (marque uno) V  |  | o, fecha de defuncion: / / /<br>Mes Dia Afio  |
| De: Institucion que deri  | va   |   |
| Proveer mi informacion me   | dica referente a: derivacion   | al estudio de investigaci6n   |
| Divulgar y proveer a:   | Beth Crouser, CCRC<br>The Cleveland Clinic<br>Genomic Medicine I<br>9500 Euclid Avenue,<br>Cleveland, OH 44195<br>Fax: (216) 636-0009  | nstitute<br>NE-50   |
| anteriormente, Ia cual pu<br>enfermedades ffsicas y me<br>inmunodeficiencia adquirida<br>de que se realizo una prue | ede incluir resultados de entales, y/o abuso de alco<br>entales, y/o abuso de alco<br>el entales, y/o puede incluir los re<br>esponde VIH. La información<br>esponde. Presto expresame | chol/estupefacientes, y/o SIDA (sindrome de esultados de una prueba de VIH o el hecho en en formato de audio, fotografia o video se ente mi consentimiento para la divulgacion de |
| Firma del paciente o familia  | r directo  | Fecha   |
|   |  |   |
| Nombre en letra de imprenta   |  | Si es familiar directo, aclarar Ia relacion   |

IRB 8458 Version 05/19/2016