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 porIa 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 medicos de:

_____

Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

nacido el / / N.º de S.S._____/____/_____(opcional)
Mes Dia Afio

quien esta: (marque uno) Vivo/a Fallecido/a.
Si fallecio, fecha de defuncion:_____/_____/_____
Mes Dia Afio

De: _____
Institucion que deriva

Proveer mi informacion medica referente a: derivacion al estudio de investigaci6n

Divulgar y proveer a: Beth Crouser, CCRC
The Cleveland Clinic
Genomic Medicine Institute
9500 Euclid Avenue, NE-50
Cleveland, OH 44195
Fax: (216) 636-0009

Entiendo y acepto que esta autorizacion abarca toda o cualquier parte de Ia informacion especificada anteriormente, Ia cual puede incluir resultados de evaluaciones geneticas, tratamiento de enfermedades ffsicas y mentales, y/o abuso de alcohol/estupefacientes, y/o SIDA (sindrome de inmunodeficiencia adquirida), y/o puede incluir los resultados de una prueba de VIH o el hecho de que se realizo una prueba de VIH. La informacion en formato de audio, fotografia o video se indico anteriormente si corresponde. Presto expresamente mi consentimiento para Ia divulgacion de Ia informacion indicada anteriormente. Esta autorizacion no caduca.

_____ _____
Firma del paciente o familiar directo Fecha

_____ _____
Nombre en letra de imprenta Si es familiar directo, aclarar Ia relacion