

The Cleveland Clinic, IRB 8458
Mecanismos Moleculares Involucrados en la Predisposicion al Cancer

AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Proposito de la divulgacion: participacion en la investigacion

Este formulario debe ser completado por la 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 AÑO		
quien esta: (marque uno)	Vivo/a	Fallecido/a.
		Si fallecio, fecha de defuncion: ____/____/____
		Mes Dia AÑO
De:	_____	
	Institucion que deriva	

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

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 la informacion especificada anteriormente, la cual puede incluir resultados de evaluaciones geneticas, tratamiento de enfermedades fisicas 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 la divulgacion de la informacion indicada anteriormente. Esta autorizacion no caduca.

Firma del paciente o familiar directo

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Si es familiar directo, aclarar la relacion