

CONSENTIMIENTO PARA LA REVELACIÓN DE MUESTRA DE SANGRE SECA DE GDSP

Por la presente, el abajo firmante autoriza la revelación de la Muestra del Análisis de Recién Nacidos de los registros del Programa de Detección de Enfermedades Genéticas (GDSP).

PARA UN PACIENTE RECIÉN NACIDO

Nombre: _____

Sexo: Masculino Femenino Mellizo: Sí No Fecha de nacimiento: _____

Hospital donde nació: _____

Nombre completo de la madre (incluyendo el apellido de soltera): _____

Fecha de nacimiento de la madre: _____

Dirección del paciente al nacer: _____

REVELAR A

Nombre del solicitante: _____ N.º de teléfono: _____

Email del solicitante: _____

Enviar a la atención de: _____

Nombre y dirección de la instalación: _____

N.º de teléfono de la instalación: _____ N.º de fax de la instalación: _____

MOTIVO POR LA SOLICITUD

Esta autorización vencerá el (escriba la fecha): _____.

Tiene derecho a conservar una copia de este consentimiento. Tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento escribiendo a: Chief, Genetic Disease Screening Program, 850 Marina Bay Parkway, Richmond, CA 94804, tal como se indica en nuestro aviso de privacidad. Revocar este consentimiento no elimina su responsabilidad de pago por los servicios recibidos. El Programa de Detección de Enfermedades Genéticas no se responsabiliza por las revelaciones de información adicionales de otras partes que puedan resultar del cumplimiento de este consentimiento.

(Firma del padre/madre/paciente/tutor legal)

(Fecha)

**Comprendo que cualquier persona que solicite u obtenga cualquier registro que contenga información personal del Departamento de Salud Pública de California bajo falsas pretensiones será culpable de un delito menor y recibirá una multa de hasta \$5,000 o será recluso por hasta un año, o ambos.
Vea la Notificación de privacidad al dorso**