	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud	GCD-PDG-08-F6
		Versión: 02
	Consentimiento de Pacientes para Liberación de Historial de Resultados del Depto. de Genómica y Proteómica	Vigencia: 16-05-2019

Yo, _____ con identificación _____ autorizo al Departamento de Genómica y Proteómica del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, para liberar mi historial de resultados a la instalación de salud _____, por **un año** a partir de la fecha en que se firma de este documento solicitado por el (la) Doctor(a) _____ con N° de Registro: _____.

_____ _____

Firma del Paciente Fecha

NOTA: Usted o su representante legal pueden revocar esta autorización con una solicitud por escrito. Si usted anula su autorización, eso no afecta la información dada a conocer antes de recibir la solicitud por escrito. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original. Esta solicitud puede ser enviada a la siguiente dirección de correo electrónico: laboratoriodegenomica@gorgas.gob.pa

Este formulario debe estar completamente llenado y firmado para que tenga validez.

PARA USO EXCLUSIVO DEL ICGES

Procedencia Anterior: _____.

Historial Desbloqueado por: _____. Fecha: _____.

Historial Bloqueado por: _____. Fecha: _____.