

Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition
Form A.5 Spanish
(Reviewed and Approved)



AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN MEDICA

Yo, _____, Por medio de la presente

autorizo a: _____ (nombre de la organización)

para que provea a: _____

y al Midwest Latino Health Research, Training and Policy Center (Jane Addams College of Social Work-University of Illinois at Chicago) con información pertinente al manejo de mi diabetes requerida en el documento anexo.

- Esta información será utilizada para evaluar el impacto del programa educacional, de apoyo, y seguimiento sobre mi auto cuidado. Yo recibiré información esencial tal como la hemoglobina glicosilada (A1c), presión arterial, niveles de glucosa sanguínea, lípidos, y resultados de las pruebas de orina para mejorar mi auto cuidado.
- Esta autorización deberá ser válida durante y hasta por un año después de la fecha en la que yo la haya firmado, o antes si es que yo así lo solicito por escrito a la organización.
- Por medio de la presente reconozco que he sido informado/a sobre mi derecho de recibir una copia de este formulario de Autorización.
- Además reconozco que he sido informado/a de que si la información médica no se obtiene, no se me negará la participación en el programa de diabetes.

Participante/Cliente

Fecha

Dirección: _____