

# Reconocimiento de Notificación del Derecho a Negar Participación Futuras Investigaciones Anónimas o Genéticas Codificadas

- PERMITIRÉ QUE MI INFORMACIÓN MÉDICA Y MIS MUESTRAS BIOLÓGICAS ESTÉN DISPONIBLES PARA INVESTIGACIONES ANÓNIMAS O GENÉTICAS CODIFICADAS.
- NIEGO TENER MI INFORMACIÓN MÉDICA Y MIS MUESTRAS BIOLÓGICAS DISPONIBLES PARA INVESTIGACIONES ANÓNIMAS O GENÉTICAS CODIFICADAS.

**Firmado por** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Nombre en letras de molde** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Paciente** \_\_\_\_\_



**Salem Pediatric Clinic**  
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE  
Salem, Oregon 97302  
503-362-2481 · Phone  
503-371-7803 · Fax  
SalemPediatricClinic.com