Holland Bloorview
Kids Rehabilitation Hospital

Nombre del cliente:_____
No. de Registro de Salud_____
Fecha de nacimiento:_____

CONSENTIMIENTO PARA RECOPILAR / DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD

Yo, _____ , autorizo al Hospital de Rehabilitación Infantil Holland Bloorview a
Nombre completo en letra de imprenta

☐ **recopilar** la siguiente información: _____
Descripción específica de la información
_____

de: _____ _____
Nombre de la organización *Dirección*
_____ _____
Nombre de la organización *Dirección*

Y/O (rodee uno en un círculo)

☐ **recopilar** la siguiente información:
_____
Descripción específica de la información
_____

a: _____ _____
Nombre *Dirección*
_____ _____
Nombre *Dirección*

De los registros de: _____ _____
Nombre completo del cliente *Dirección del cliente*

Entiendo que esta información personal de salud debe ser usada **solamente** por el receptor con el propósito de:

_____
Indique la razón por la que se necesita la información

Tenga en cuenta que la información personal de salud divulgada puede contener información relacionada con otros miembros de la familia.

Esta autorización puede ser terminada o cambiada en cualquier momento por el abajo firmante a través de una solicitud por escrito a Health Data Resources, Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital.

Por la presente renuncio a cualquier y todo reclamo contra Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital en relación con la divulgación de esta información personal.

_____ _____ _____
Fecha *Firma del Cliente/Persona Legalmente Autorizada para Consentir* *Relación*

_____ *CON=DIVULGA*
Firma del testigo (18 años o más)