



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN de divulgación de la información

Para: Asociación de Síndrome de Down para Familias de Nebraska  
PO Box 57362 Lincoln, NE 68505  
402-770-9826  
medicaloutreach@dsafnebraska.org

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ y sus afiliados, sus empleados y agentes a divulgar mi información personal de contacto que identifica mi nombre, dirección de correo electrónico, número de habitación del hospital y número de teléfono con el propósito de ayudarme a conectarme con recursos comunitarios y de apoyo relacionados con el síndrome de Down. Esta autorización es válida a partir de la fecha de mi firma y expirará en 6 meses.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización notificándolo por escrito a \_\_\_\_\_. También entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización. Asimismo, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla.

Nombre: \_\_\_\_\_

Paciente/Niño-Niña: \_\_\_\_\_

Paciente/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de referencia: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_