
Al completar esta información, usted nos autoriza contactar a estos doctores y a los hospitales/instituciones para obtener sus registros médicos.

Leí y firmé el documento de consentimiento para este estudio, que describe el uso de mi información de salud personal (Sección O), y otorgo permiso a Nikhil Wagle, MD, Dana-Farber Cancer Institute, 450 Brookline Ave, Boston, MA, 02215, o un miembro del estudio para examinar copias de mis registros médicos relacionados con mi diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, y para obtener tejido de tumor almacenado para estudios de investigación. Reconozco que se enviará una copia de este formulario completo a mi correo electrónico.

Nombre completo:

Fecha:

Fecha de Nacimiento :
