



## Formulario de Consentimiento y Verificación del Paciente

Este formulario verifica que el paciente ha sido diagnosticado con cáncer. Es importante que el paciente o el padre/tutor lea la sección de consentimiento del paciente a continuación, complete la información requerida y firme el formulario. Un representante en el centro de tratamiento del paciente tendrá que completar la verificación del diagnóstico del cáncer.

### Consentimiento del Paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Apellido MM/DD/YYYY

Padre/Tutor (si corresponde) : \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

Otorgo al Programa CareBOX el derecho de publicar mi nombre, género, diagnóstico y cualquier información que comparta sobre mí en el formulario de listas de deseos en CareBOXProgram.org, y otras fuentes de difusión impresa y electrónicas. Además, el Programa CareBOX puede comunicarse con mi Centro de Referencia para los fines de este programa. Entiendo que nada de lo contenido en este documento constituye consejo médico, prescripción o tratamiento, y estoy de acuerdo en buscar el consejo de un médico antes de utilizar el contenido que se me entregó. Al firmar esta responsabilidad renuncia y liberación, acepto eximir al Programa CareBOX y a todos los funcionarios, directores, afiliados y agentes de cualquier / toda responsabilidad por lesiones personales, daños a la propiedad y muerte por negligencia debido al uso de artículos previsto.

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

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

### Verificación del Diagnóstico de Cancer

Por favor, pida a un representante de su centro de tratamiento que llene esta sección\*

Nombre del oncólogo: \_\_\_\_\_ Facilidad de tratamiento: \_\_\_\_\_

Representante de atención médica: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

\*Al firmar en nombre de esta instalación, confirmo que la información anterior es exacta

Devuelva este formulario completado por correo electrónico a [info@careboxprogram.org](mailto:info@careboxprogram.org) o fax al 512-296-2021. ¿Preguntas? Visite [careboxprogram.org](http://careboxprogram.org) o llame al 512-296-2180