



Firma del paciente/Representante legal: _____ Fecha: _____

Relación /parentesco con el paciente: _____

Las declaraciones que aparecen arriba deben estar firmadas y con fecha para ser válidas. Si el paciente es un menor de edad emancipado o si tiene 18 años de edad, se requiere que el/ella firme la Autorización. Una copia de esta Autorización se proveerá a la persona que complete este formulario.

**Oficina de Privacidad del Centro de Ciencias de la salud de la Universidad de
Nuevo México, MSC 08 4760, 1 Universidad de Nuevo México, Albuquerque, Nuevo
México 87131-0001**