



Declaración de Consentimiento para Programas Basados en Evidencias de Nuevo Mexico

Por favor demuestre que entiende la información del **Formulario de Consentimiento del Participante** y cómo su información de encuestas será utilizada marcando las casillas en las que usted está de acuerdo y firme a continuación. **Escriba** su nombre y la fecha de hoy al final de la hoja.

Caja Iniciales	Declaración de Consentimiento
<input type="checkbox"/>	Estoy de acuerdo en permitir que la organización que patrocina este programa comparta mi información de la encuesta con: El Departamento de Salud, la Administración de la Vivienda de la Comunidad (ACL), los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), los Area Agency on Aging, Blue Cross and Blue Shield de Nuevo México, Christus St. Vincent Regional Hospital, First Choice Salud de la comunidad, HealthInsight, Molina Healthcare de Nuevo Mexico, Presbyterian servicios de salud, Nuevo México centro de cáncer, Autoridad de Salud para Jubilados de Nuevo México, la Autoridad de la Atención de salud para jubilados de Nuevo México, Sistema de Asuntos de Veteranos de Nuevo Mexico cuidado de la salud, y UnitedHealthcare.
<input type="checkbox"/>	He leído la información en este formulario o me lo han leído a mí. Entiendo la información y he recibido respuestas a las preguntas que hice. Entiendo que no tengo que completar la encuesta y si no lo hago, esto no afectará los servicios que reciba.
<input type="checkbox"/>	Por el presente, acepto y libero de toda Responsabilidad Legal, Economica y Social para siempre a la organización que aloja a este programa, a sus empleados pasados y presentes. Por costos, gastos, servicios, demandas, reclamaciones, acciones y causas de acción relacionadas con esta Actividad, clase, sesión o taller.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa) / /
Nombre	