

LIVERSTAT® TESTING RELEASE
Formulario de Autorización de Prueba

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

DEMOGRAPHIC INFORMATION *(Marque todo lo que corresponda)*

Sexo asignado al nacer: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intersexual

Raza: ☐ Blanca ☐ Negra/Afroamericana ☐ Asiática ☐ Hawaiana o de las Islas del Pacifico ☐ Indígena Americana/Nativa de Alaska
☐ Otro: _____

Etnicidad: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Idioma que prefiere hablar: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Criollo ☐ Portugués ☐ Otro: _____

Idioma que prefiere escribir: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Criollo ☐ Portugués ☐ Otro: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Estatura: _____ Pies. _____ Pulgadas Peso: _____ lbs.

Factores de Riesgo: *(Marque todo lo que corresponda)*

☐ BMI ≥ 30 ☐ Pre-Diabetes ☐ Diabetes ☐ Presión arterial alta ☐ Colesterol alto ☐ Triglicéridos elevados ☐ Síndrome metabólico

¿Cuántos tragos de alcohol ha tomado en los últimos 30 días?

☐ 0 ☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21-25 ☐ 26+

¿Qué productos de nicotina ha usado en los últimos 30 días?

☐ Ninguno ☐ Cigarrillos ☐ Cigarrillo electrónico/JUUL ☐ Cigarro ☐ Tabaco de mascar/Tabaco sin humo ☐ Hooka/Narguilé

☐ Otro: _____

AUTORIZACIÓN: Por la presente autorizo la extracción de una muestra de sangre con el fin de medir 7 biomarcadores y 4 antropométricos con el fin de utilizar tecnología de algoritmos para determinar las etapas de fibrosis, actividad y esteatosis de mi hígado. Mi información médica y los resultados de las pruebas se tratarán como información confidencial de acuerdo con los estatutos, normas y reglamentos federales y estatales aplicables. El personal y los representantes apropiados de The American Liver Foundation y Links2Labs pueden revisar mis registros e información para verificar la información recopilada y/o proporcionar información sobre tratamientos y proveedores adicionales que pueden estar disponibles para usted. He leído, entendido y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este programa y he recibido una copia de este formulario de consentimiento. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente y no tengo preguntas adicionales. Me doy cuenta de que los datos obtenidos pueden usarse en forma impresa, presentaciones, medios o subvenciones, pero nunca se usará mi nombre/información de contacto. Puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto que no afectará la información que se haya divulgado previamente bajo este consentimiento. Además, por medio de la presente autorizo y libero para siempre para mí, mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios, The American Liver Foundation y sus empleados anteriores/actuales, directores anteriores/actuales y representantes anteriores/actuales y al laboratorio asociado, Links2Labs, de cualquier y todos los reclamos, demandas, acciones y causas de acción, que puedan resultar de la participación en este programa. Al firmar este formulario de consentimiento, acepto ser contactado por The American Liver Foundation para servicios de educación y apoyo.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

CLINIC INFORMATION / INFORMACION CLINICA

Clinic Name: _____

Clinic Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Physician Name(s): _____ NPI #(s): _____