

AUTORIZACIÓN PARA USAR O LIBERAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD CON EL FIN DE PUBLICAR FOTOGRAFÍAS

<input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO	Nombre (en letra de molde) _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	Propósito:
HOSPITAL O INSTALACIÓN DE HONORHEALTH	(Indique el nombre del departamento, hospital o instalación y No. de teléfono, dirección, ciudad, estado y código postal)	

La persona que firma abajo autoriza a HonorHealth ("HONORHEALTH"), o al hospital que se indica arriba o a cualquier persona autorizada por HONORHEALTH a lo siguiente:

1. Que sirva como intermediario para permitir que (nombre/agencia) entreviste, cite, y/o fotografíe o filme con el propósito de que se hagan publicaciones en periódicos, revistas u otros medios de comunicación impresos o medio de transmisión por radio o televisión, redes sociales, o utilice la intranet, internet o cualquier otro medio que HONORHEALTH considere apropiado.
2. Que utilice el nombre de la persona arriba mencionada en conexión con cualquier publicación electrónica o impresa (incluyendo, pero sin limitarse a periódicos, transmisiones por televisión y/o radio, libros, folletos, revistas, películas y sitios de la red y/o redes sociales), con propósitos de publicidad, científicos o educativos de la manera, a la(s) hora(s) y en los lugares que HONORHEALTH o la persona autorizada por HONORHEALTH lo determine.
3. Que utilice cualquier cita y comentario que la persona arriba mencionada y/o su representante designado haya hecho de manera verbal o grabada referente al paciente arriba mencionado o al caso médico de dicho paciente.
4. Que tome y reproduzca fotografías, diapositivas y grabaciones de audio/video de manera fotográfica o digital de la persona arriba mencionada, en relación con el diagnóstico, atención y tratamiento (incluyendo procedimientos quirúrgicos) o funciones departamentales que se realicen en la instalación arriba mencionada. HONORHEALTH poseerá derechos sin restricción a todos los materiales reproducidos.

Que utilice tales fotografías, diapositivas y grabaciones de audio/video en cualquier publicación, ya sea de forma electrónica o impresa (incluyendo, pero sin limitarse a periódicos, transmisiones por televisión y/o radio, libros, folletos, revistas, películas y sitios de la red y/o redes sociales) con propósitos de publicidad, científicos o

educativos de la manera, a la(s) hora(s) y en los lugares que HONORHEALTH o la persona autorizada por HONORHEALTH lo determine.

Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario de consentimiento y que HONORHEALTH no cambiará ni negará mi tratamiento basándose en que yo firme, o no firme la presente autorización.

Entiendo que si se proporciona información a una tercera parte, incluyendo a los medios de comunicación, la información ya no estará protegida bajo las leyes estatales y federales y que la persona u organización que reciba esta información podría divulgarla.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, exceptuando al grado en que ya se haya llevado a cabo alguna acción basada en la presente autorización.

Al menos que se revoque la presente autorización, entiendo que esta autorización no tiene fecha de vencimiento. Para revocar la presente, por favor envíe la solicitud por escrito a HonorHealth Health Information Management Department, 7400 E. Osborn Road Scottsdale, AZ 85251.

Yo libero a HONORHEALTH, a sus afiliados y subsidiarios, empleados y agentes, miembros del personal médico y asociados de negocios de cualquier responsabilidad legal u obligaciones relacionadas con la divulgación de las imágenes e información anteriormente mencionadas en conformidad con lo que se indica y autoriza en el presente documento.

Firma del paciente, empleado o modelo

Fecha

Firma del representante legal o padre (si es menor de 18 años)

Relación con el paciente/modelo o descripción del tipo de autoridad para actuar en nombre del paciente