

HONORHEALTH

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) _____ Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	Propósito: _____ _____ _____
	HOSPITAL MÉDICO O INSTALACIÓN DE HONOR HEALTH (Indique el nombre del departamento, del hospital o instalación y el número de teléfono con la dirección, ciudad, estado y código postal) _____ _____ _____	

La persona que firma autoriza a HonorHealth Health Network, al hospital que se indica arriba o a cualquier persona autorizada por HonorHealth a lo siguiente:
(escriba sus iniciales en todas las provisiones que sean aplicables)

- ____ Servir como intermediario, para permitir que (nombre/agencia) _____ entreviste, cite, y/o fotografíe o grabe con el propósito de que se hagan publicaciones en periódicos, revistas u otro medio de comunicación impreso o medio de transmisión por radio o televisión, redes sociales o para que utilice la intranet o internet o cualquier otro medio que HonorHealth considere apropiado.
- ____ Utilizar 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.
- ____ Utilizar cualquier cita y comentario que la persona arriba mencionada y/o su representante designado haya hecho de manera verbal o grabada referente al paciente o al caso médico de dicho paciente.
- ____ Tomar y reproducir 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 realizan en la instalación arriba mencionada. HonorHealth poseerá derechos sin restricción a todos los materiales reproducidos.
- ____ Utilizar 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 sin que HonorHealth cambie o niegue mi tratamiento basándose en que yo firme, o no, esta autorización.

Entiendo que si la información se proporciona a una tercera parte, incluyendo los medios de comunicación, la información ya no estará protegida bajo las leyes estatales o 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 esta autorización. La Notificación de prácticas de privacidad de HonorHealth explica el proceso de revocación, el cual incluye una petición por escrito.

Al menos que yo revoque la presente autorización en algún momento anterior, ésta vencerá en UN AÑO a partir de la fecha en que se firme o según se especifique.

Yo libero a HonorHealth, a sus 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 conforme a 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