

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA PUBLICACIÓN POR PARTE DE MEMORIAL HEALTHCARE SYSTEM

LEA DETENIDAMENTE Y EN SU TOTALIDAD ESTE FORMULARIO ANTES DE FIRMARLO

Memorial Healthcare System (“MHS”) está siempre agradecido cuando los pacientes, familiares y amigos están dispuestos a compartir sus historias sobre su experiencia con nosotros. Su historia ayuda a otras personas que buscan información sobre las interacciones, la atención y el tratamiento que ofrece MHS.

En MHS, la privacidad de los pacientes es una de nuestras más altas prioridades, y mantenemos esta privacidad asegurando que su información médica y/o la de su hijo/a se mantenga confidencial. MHS solicita su permiso para utilizar su información médica y/o la de su hijo/a y para registrar y utilizar material de audio/video/fotográfico suyo y/o de su hijo/a en las comunicaciones internas y externas de MHS, incluido el uso para educación médica, asuntos públicos, recaudación de fondos y actividades de marketing. Dichos materiales pueden utilizarse en publicaciones impresas, en línea o en medios de comunicación (como televisión, radio, periódicos, revistas y redes sociales).

Información para pacientes:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección/Ciudad/Estado/Código postal: _____

N.º de teléfono principal: _____ N.º de teléfono secundario: _____

Yo, _____, declaro por la presente que soy el/la paciente o el/la tutor/a legal del/de la

Nombre

paciente arriba mencionado/a (en adelante “mi hijo/a”), y acepto y doy mi permiso y consentimiento para que MHS me filme, grabe en video, fotografíe y/o entreviste a mí y/o a mi hijo/a. Doy permiso a MHS para que registre los derechos de autor, use y reutilice estos materiales y las reproducciones y simulaciones de mi persona y/o de mi hijo/a en cualquier formato de publicación.

Entiendo que, al aceptar esta Autorización, la información de salud mía o de mi hijo/a que se divulgue puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad estatales y federales.

Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta Autorización y que MHS no condiciona el tratamiento, pago, elegibilidad para beneficios o actividades de inscripción de mi hijo/a o míos a la firma de este formulario, y no tendré derecho a ningún pago, regalía ni ninguna otra forma de compensación como resultado del uso de cualquier información.

Por la presente, eximo a MHS de toda reclamación y demanda que surja del uso de cualquier material de publicación o en relación con dicho uso, de conformidad con las disposiciones de esta Autorización, incluida, entre otras, cualquier reclamación por difamación, invasión de la privacidad o infracción de derechos de autor o derechos morales.

Entiendo que las fotografías, imágenes electrónicas, películas y/o cintas de video/audio pueden ser editadas, modificadas o retocadas con fines artísticos o por otros motivos de producción gráfica, que pueden o no estar bajo el control de MHS, y renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar la publicación terminada. Entiendo y autorizo al personal médico, empleados y representantes de MHS que me brindaron atención a mí o a mi hijo/a a hablar sobre la atención, el diagnóstico y el tratamiento míos o de mi hijo/a.

Entiendo y acepto que esta Autorización es válida para publicaciones presentes y futuras y no tiene fecha de vencimiento. Entiendo que puedo revocar o retirar este permiso hasta un tiempo razonable antes de que se utilice el material de publicación, proporcionando mi revocación de esta Autorización por escrito al Departamento de Comunicaciones Corporativas y de Marketing de MHS.

DEPARTAMENTO LEGAL

3111 Stirling Road, Hollywood, FL 33312 Tel. (954) 265-5933 Fax (954) 276-0487 MHS.net
South Broward Hospital District



AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA PUBLICACIÓN POR PARTE DE MHS

PÁGINA 1 DE 2 PACIENTE/IDENTIFICACIÓN



3111 Stirling Road, Hollywood, Florida 33312. Entiendo que cualquier revocación de esta Autorización solo se aplicará a las versiones de la información bajo el control de MHS que no hayan sido publicadas previamente.

He leído y entiendo completamente la Autorización anterior, y estoy plenamente familiarizado/a con su contenido. Asimismo, reconozco que las fotocopias de esta autorización firmada se aceptarán en la misma medida que el original.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído completamente este formulario, que todas mis preguntas sobre este formulario y el uso de mi información y/o la de mi hijo/a para su publicación fueron respondidas, que no tengo más preguntas en este momento y que acepto todo lo anterior.

Firma de la persona o de la madre/del padre/representante legal autorizado/tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta de la persona o de la madre/del padre/representante legal autorizado/tutor

Relación del representante legal/tutor con la persona

Nombre del/de la menor

Firma del/de la testigo

Fecha

Nombre en letra de imprenta del/de la testigo

Certificación de familiar/amigo/a

Yo, _____, soy familiar/amigo/a del/de la paciente arriba mencionado/a, y doy mi consentimiento para que MHS
Nombre

me filme, grabe en video, fotografíe y/o entreviste. Por la presente, eximo a MHS de toda reclamación y demanda que surja del uso del material de la publicación o en relación con dicho uso, de conformidad con las disposiciones de esta Autorización, incluida, entre otras, cualquier reclamación por difamación, invasión de la privacidad o infracción de derechos de autor o derechos morales. Entiendo que las fotografías, imágenes electrónicas, películas o cintas pueden ser editadas, modificadas o retocadas con fines artísticos o por otros motivos de producción gráfica, que pueden o no estar bajo el control de MHS, y renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar la publicación terminada. No tendré derecho a ningún pago, regalía ni ninguna otra forma de remuneración como resultado de cualquier publicación. Entiendo y acepto que esta Autorización es válida para publicaciones presentes y futuras y no tiene fecha de vencimiento. Entiendo que puedo revocar o retirar este permiso hasta un tiempo razonable antes de que se utilice el material de publicación, enviando mi revocación de esta Autorización por escrito al Departamento de Comunicaciones Corporativas y de Marketing de MHS, 3111 Stirling Road, Hollywood, Florida 33312. Entiendo que cualquier revocación de esta Autorización solo se aplicará a las versiones de la información bajo el control de MHS que no hayan sido publicadas previamente.

Nombre en letra de imprenta: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

DEPARTAMENTO LEGAL
3111 Stirling Road, Hollywood, FL 33312 Tel. (954) 265-5933 Fax (954) 276-0487 MHS.net
South Broward Hospital District



PACIENTE/IDENTIFICACIÓN