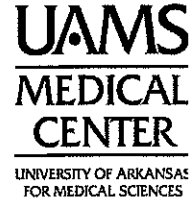


Place Patient Label Here or

Print Patient Name

Patient MR #



## CONSENTIMIENTO para tomar FOTOGRAFÍAS

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente consiente a que la UAMS (Universidad de Arkansas de Ciencias

*Escribir el nombre del paciente en mayúsculas*

Médicas) tome fotografías, efectúe grabaciones de audio/video u otras imágenes de mi persona Yo entiendo que mis fotografías, videos, imágenes digitales o de otro tipo pueden ser usadas para asistir a mi identificación, diagnosis y tratamiento y al pago de mi cuenta. Estas imágenes tambien pueden ser usadas para operaciones de atención de salud de la UAMS como mejora del rendimiento y propósitos educativos dentro de la UAMS. Además de para tratamiento, pago y operaciones de atención de salud, las imágenes que me identifican serán divulgadas fuera de UAMS solo previa autorización escrita firmada por mí o mi representante legal.

Si las imágenes se toman para otros fines además de identificación, diagnóstico, tratamiento, pago u operaciones de atención de salud incluida la enseñanza en UAMS, el fin(es) deben ser mencionados aquí:

**Retiro del Consentimiento** - Entiendo que no estoy obligado/a a firmar este Consentimiento. Yo puedo revocar/retirar el Consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita a UAMS [Depto./Clínica abajo] Casilla n° [abajo], 4301 W. Markham, Little Rock, AR 72205. El retiro de este consentimiento no se aplicará a fotografías, grabaciones de audio/video u otras imágenes u usadas o divulgadas antes de la notificación escrita del retiro del consentimiento. **Durante la grabación/rodaje, tengo el derecho a detener la grabación/rodaje en cualquier momento.**

**Fecha de Expiración** - Este consentimiento para tomar mi fotografía u otra imagen expira 30 días después de la fecha de firma del consentimiento o cuando las fotografías y grabaciones ya no sean necesarias para UAMS para el uso al cual consiento, lo que ocurra más tarde.

**Liberación de Responsabilidad** - Yo acepto que por la presente UAMS, incluido su Consejo rector, médicos, agentes y empleados quedan liberados de toda obligación o responsabilidad legal por el acceso y divulgación de mis fotografías u otras imágenes en la medida de lo indicado y autorizado en la presente.

Firma del paciente o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento y/o Número de expediente medico del paciente para fines de identificación: \_\_\_\_\_

Si el Representante legal ha firmado en representación del Paciente, indicar la autoridad de Representante legal para hacerlo:

*(tal como padre/madre de un menor, custodio nombrado por el tribunal, nombrado en un Poder de representación)*

### Solo para uso del personal - esta sección debe completarse

#### A COMPLETAR POR EL PERSONAL:

Nombre de Depto./Clínica \_\_\_\_\_ y Casilla n° \_\_\_\_\_

Persona que hace la Foto/Grabación \_\_\_\_\_ Fecha tomada/Hora: \_\_\_\_\_

(para foto/grabación inicial)

(marque todos los que apliquen)  Fotografías  Grabaciones de video  Grabaciones de audio  Otro: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

Lugar donde guardará la imagen: \_\_\_\_\_

