

Place Patient Label Here or

Print Patient Name

Patient MR#

UAMS
MEDICAL
CENTER

UNIVERSITY OF ARKANSAS
FOR MEDICAL SCIENCES

**AUTORIZACIÓN para TOMAR y PUBLICAR
FOTOS o GRABACIONES DE VIDEO/AUDIO DEL PACIENTE**

A COMPLETAR POR EL PERSONAL ANTES DE QUE EL/PACIENTE FIRME: Nombre de Depto./Clínica _____ y Casilla n° _____

Persona que hace la Foto/Grabación _____ Fecha en que fue tomada _____ (para foto/grabación inicial)

(marque todos los que apliquen) Fotografías Grabaciones de video Grabacion es de audio

Descripción: _____

Lugar donde se guardará la imagen: _____

Yo, _____ por la presente consiente a que la UAMS (Universidad de Arkansas de Ciencias 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 redimimiento y propósitos educativos dentro de la UAMS. También doy mi permiso y autorizo a UAMS** a tomar y **DIVULGAR** fotografías o grabaciones desritas arriba al público para fines educativos, comerciales o de otro tipo de acuerdo a lo siguiente:

(PACIENTE: Por favor tache y ponga sus iniciales en cualquiera de las divulgaciones que no quiere autorizar, si las hubiera)

1. Sitio(s) web de UAMS en internet;
2. Posters de UAMS, Publicaciones de UAMS, Libros de fotografías de UAMS (por, en representación de o sobre UAMS).
3. Medios de comunicación, sitios web en internet, publicaciones (TV, periódicos, revistas y otros medios/sitios web fuera de UAMS); Y
4. Presentaciones, publicaciones, seminarios, conferencias y reuniones sobre salud (dentro y fuera y fuera de UAMS).
5. Otras divulgaciones autorizadas, si las hubiera, _____.

Información de salud adicional divulgada. Entiendo y acepto que todas las fotografías/grabaciones autorizadas por mí tambien pueden divulgar mi información de Salud Protegida asociada a **mi tratamiento, condición, procedimiento, cirugía** u otra información de Salud Protegida asociado con las fotografías o grabaciones de audio/video, **Yo autorizo esta divulgación.**

UAMS no recibe compensación directa o indirecta por el uso/divulgación de las fotografías/grabaciones descritas en la Autorización.
Fecha de Expiración- Esta autorización expira **dos años** desde la fecha en que firme la Autorización, o después de que UAMS deje de necesitar las fotografías y grabaciones para el uso y divulgación que he autorizado, lo que ocurra más tarde.
Retiro de la Autorización- Entiendo que no estoy obligado/a a firmar esta Autorización. Si yo firmo esta Autorización, puedo revocar/retirar la Autorización en cualquier momento notificación escrita a UAMS [Depto./Clínica mencionada arriba], Casilla n° [arriba]. 4301 W. Markham, Little Rock, AR 72205. El retiro de esta Autorización no se aplicará a los registros, información, fotografías, grabaciones de audio/video u otra información que ya haya sido utilizada/divulgada en conformidad con esta Autorización. Una fotocopia o una copia enviada por fax de esta Autorización firmada constituirán una autorización valida. **Durante la grabación/rodaje, tengo el derecho a pedir que se detenga la grabación/rodaje en cualquier momento.**
Liberación de Responsabilidad- Por la presente Yo acepto que UAMS, incluido su Consejo rector, médicos, agentes y empleados quedan liberados de toda obligación o resposabilidad legal por el acceso y divulgación de mi información en la medida de lo indicado y autorizado en el presente.
Re-dvulgación- Yo entiendo que una vez que la información de arriba ha sido divulgada, ya no puede ser protegida por las leyes de privacidad. **UAMS no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios a que usted firme esta Autorización.**
****Si el paciente es un paciente del hospital pediátrico Arkansas Children's Hospital (ACH), los términos de esta Autorización también incluyen y se extienden al ACH.**

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Fecha de nacimiento y/o Número de expediente médico del paciente para fines de identificación: _____

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

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

ANEXO B

Personal de la oficina: Entregar una copia de la Autorización firmada al Paciente/Representante legal

