

(Place MR Label Here)
MR#:
Patient's Name:
Patient's Date of Birth:



CONSENTIMIENTO para TOMAR FOTOGRAFÍAS

Yo, _____ por la presente consiente a que la UAMS 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, diagnóstico y tratamiento, y al pago de mi cuenta. Estas imágenes también 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 identificación serán divulgadas fuera de UAMS solo previa autorización escrita firmada por mi 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 de la Autorización – Entiendo que no estoy obligado/a firmar este Consentimiento. Yo puedo revocar/retirar el Consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita a UAMS [Depto./Clínica abajo], Casilla # [abajo], 4301 West Markham, Little Rock, AR 72205. El retiro de esta consentimiento no se aplicará a fotografías, grabaciones de audio/video u otras imágenes usadas o divulgadas antes de la notificación escrita del retiro del consentimiento. **Durante la grabación/rodaje, tengo el derecho a pedir que se detenga 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 consentimiento, 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 médico del paciente para fines de identificación: _____

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

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

For Staff Use Only (Solo para uso del personal) – this section must be completed

FOR STAFF TO COMPLETE:

Dept/Clinic Name _____ - _____ and Slot# _____

Person Making Photo/Recording _____ Date/Time Taken _____
(for initial photo/recording)

(check all that apply) Photographs Video Recordings Audio Recordings Other _____

Description: _____

Location where image will be stored: _____

