

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



Oficina de Comunicaciones de UAMS
AUTORIZACION de HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACION de PACIENTE

Yo, _____ por la presente doy mi permiso y autorizo a UAMS a divulgar información sobre mi tratamiento actual y condición médica a:

____ **Oficina de Comunicaciones & Mercadeo de UAMS** a que haga y DIVULGE (marque todo lo que aplique)
____ **Fotografías** ____ **Grabación de Video** ____ **Grabación de Audio** ____ **Entrevista/artículo**

al público por propósitos educacionales, comerciales u otros como indicado:

(PACIENTE – favor marque sobre y ponga sus iniciales al lado de cualquiera divulgación que NO está autorizando, si hay alguna).

- Sitio(s) en internet de UAMS, Redes Sociales;
- Pósteres de UAMS, Publicaciones de UAMS, Libros con Fotos de UAMS (de, por parte de, o sobre UAMS);
- Presentaciones relacionadas a atención médica, Seminarios, Conferencias y Reuniones (dentro y fuera de UAMS); y
- Otras divulgaciones autorizadas, si hay alguna _____.

____ **Medio(s) de comunicación** a hacer y **DIVULGAR** al público por los siguientes propósitos educacionales, comerciales u otros (PACIENTE – favor marque sobre y ponga sus iniciales al lado de cualquiera divulgación que NO está autorizando, si hay alguna).

- Televisión
- Radio
- Periódico
- Sitios en Internet, publicaciones (periódico, revista y cualquier otros medios o sitios en internet fuera de UAMS);
- Otros _____

Información Adicional de Salud Divulgada. Yo entiendo y acuerdo a que cualquieras fotos/grabaciones/entrevistas autorizadas por mi podrían también divulgar mi Información de Salud Protegida relacionada a mi **tratamiento, condición, procedimiento, cirugía** u otra Información de Salud Protegida asociada con las fotos o grabaciones de video/audio o entrevista o artículo, y **yo autorizo esta divulgación.**

Fecha de Vencimiento – Esta Autorización se vence en un (1) año de la fecha en que yo firmo la Autorización, o hasta cuando las fotos y grabaciones y entrevistas ya no nos necesitadas por UAMS para el uso y divulgación que yo he autorizado, cuál de las fechas sea más tarde.
Retiro de Autorización – Yo entiendo que no se me requiere firmar esta Autorización. Si yo firmo esta autorización, Yo puedo revocar/retirar la Autorización en cualquier momento enviando notificación por escrito a la Oficina de Comunicaciones de UAMS Slot # 890, 4301 W. Markham, Little Rock, AR 72205. Un retiro de esta Autorización no aplicará a récords, información, fotos, grabaciones de audio/visuales u otra información ya usada/divulgada de acuerdo a esta Autorización. Una fotocopia o copia de fax de esta Autorización firmada constituirá una autorización válida.

Durante la grabación/filmación, yo tengo el derecho de parar la grabación/filmación en cualquier momento.

Liberación de Responsabilidad – Yo acuerdo que UAMS, incluyendo su Consejo gobernante, doctores, agentes y empleados, por la presente están liberados de responsabilidad legal u obligación por el acceso y divulgación de mi información como indicado y autorizado aquí.

Re-Divulgación – Yo entiendo que cuando la información indicada haya sido divulgada, podría ya no estar protegida por leyes de privacidad. **UAMS no condicionará tratamiento, pago, registración o elegibilidad de beneficios al usted firmar esta Autorización.**

****Si el paciente es paciente de Arkansas Children's Hospital (ACH), los términos de esta Autorización también incluyen y extienden a ACH.**

Firma del Paciente o Representante Legal _____ Fecha _____ Hora _____

Si un **Representante Legal** ha firmado en nombre del Paciente, indique la autoridad del Representante Legal para hacerlo:

(tal como padre de menor, guardián nombrado por corte, nombrado en Poder Jurídico)

FOR UAMS OFFICE OF COMMUNICATIONS STAFF TO COMPLETE

Patient Address: _____
Street Address or P. O. Box City State Zip

Patient Phone: _____ **Patient Email:** _____

Person Making Photo/Recording/Interview _____ **Date Taken** _____ (Initial photo/recording/interview)
Description:

Staff Member Signature _____ **Date** _____ **Time** _____

Provide Copy of Signed Authorization to Patient/Legal Representative

