

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



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 # _____	
Persona que hace la Foto/Grabación _____	Fecha en que fue tomada _____ (para foto/grabación inicial)
<i>(marque todos los que apliquen)</i> <input type="checkbox"/> Fotografías <input type="checkbox"/> Grabaciones de Video <input type="checkbox"/> Grabaciones es de audio	
Descripción: _____	
Lugar donde se guardará la imagen: _____	

Yo, _____ por la presente consiente a que la UAMS tome fotografías, efectúe *Escribir el nombre del paciente en mayúsculas* 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 también pueden ser usadas para operaciones de atención de salud de la UAMS como mejora del rendimiento y propósitos educativos dentro de la UAMS. También doy mi permiso y autorizo a UAMS** a tomar **DIVULGAR** fotografías o grabaciones descritas 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 mi también 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/visual, y **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 firmar esta Autorización. Si yo firmo esta Autorización, puedo revocar/retirar la Autorización en cualquier momento notificación escrita a UAMS [Depto./Clínica arriba], Casilla # [arriba], 4301 West 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 válida. 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 responsabilidad legal por el acceso y divulgación de mi información en la medida de lo indicado y autorizado en el presente. Re-Divulgación – 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 condicionara 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 Representative legal para hacerlo:

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

APPENDIX B

Office Staff: Provide a copy of signed Authorization to Patient/Legal Representative

