

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**  
**Para propósitos mediáticos/relaciones públicas, recaudación de fondos y mercado**

Yo, \_\_\_\_\_ :  
(NOMBRE DEL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL EN LETRA DE IMPRENTA) (FECHA DE NACIMIENTO O ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)

autorizo a Saint Francis Hospital and Medical Center o Mount Sinai Rehabilitation Hospital o Johnson Memorial Hospital o a cualquiera de sus entidades afiliadas a tomar fotografías, filmar, grabar audio y/o video, entrevistarme o publicar artículos o información sobre mí para los siguientes propósitos:

- Publicaciones del Hospital, recaudación de fondos, publicidad, promoción, pagina web o anuncios de Saint Francis Hospital and Medical Center o Mount Sinai Rehabilitation Hospital o Johnson Memorial Hospital o sus entidades afiliadas.
- "Mercadeo", como se define en los Reglamentos Federales sobre Privacidad.
- Programas de investigación/educación.
- Publicaciones y periódicos, medios de difusión impresos, radio, televisión, páginas web y redes sociales, y todo tipo de medios electrónicos de comunicación.
- Otro: (describa específicamente): \_\_\_\_\_

Describa brevemente la naturaleza del proyecto, e incluya una descripción específica de qué información de salud/personal estará implicada, y la audiencia específica o el tipo de audiencia que podría participar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Consiento a que se tomen y usen fotografías, películas, grabaciones de audio y/o video, o se publiquen artículos u otra información anteriormente descrita, para uso de cualquier proveedor de atención de la salud afiliado a Saint Francis Hospital and Medical Center o Mount Sinai Rehabilitation Hospital o Johnson Memorial Hospital a menos que se indique de otro modo. Entiendo que se me puede identificar en cualquiera de los materiales anteriormente mencionados. Entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación por la toma o uso de dichas fotografías, películas, grabaciones de audio y/o video, o por la publicación del artículo o la información aquí adjunta. Entiendo y acepto que esta Autorización tiene validez hasta que yo la cancele por escrito (como se describe más adelante) mientras la Organización arriba indicada (o cualquier organización que le suceda) permanezca en actividad. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento (siempre y cuando la Organización arriba indicada no haya procedido en función de esta Autorización) por correo, por fax o en persona llevando una carta a la organización arriba indicada. Entiendo que una vez que mi información de salud privada se use o divulgue, dejará de estar protegida por las leyes estatales o federales.

Entiendo que ni Saint Francis Hospital and Medical Center, ni Mount Sinai Rehabilitation Hospital, ni Johnson Memorial Hospital ni ninguno de sus proveedores de atención de la salud afiliados puede hacerme firmar esta Autorización como condición para obtener tratamiento, hacer pagos sobre cualquier factura u obtener inscripción o elegibilidad en algún plan de seguro de salud, a menos que los Reglamentos Federales sobre Privacidad así lo permitan. Entiendo que si la Organización arriba indicada recibe dinero u otra compensación (ya sea directa o indirectamente) de un tercero debido al uso de mi información de salud en el proyecto anteriormente descrito, se me ha informado de dicha compensación. Acepto que he recibido una copia firmada de esta Autorización.

_____ Firma del paciente, padre, madre, tutor o representante legal	_____ Si el paciente es menor de edad, nombre del menor.	_____ Fecha
_____ Dirección (Calle) Testigo	_____ Parentezco, si no firma el	_____ paciente
_____ Ciudad, Estado, Código postal	_____ Dirección de correo electrónico (para uso interno solamente)	_____ Teléfono
_____ Medio(s) de comunicación/Fecha programada		

