

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Este documento concede permiso para el uso de fotografías, videos, u otras formas de medios de comunicación relacionado con el paciente mencionado en este documento. Esta autorización cumple con todas las leyes y regulaciones sobre la privacidad del cuidado de salud, incluyendo Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Información del Paciente:

Número del expediente: _____ Nombre: _____

Autorización para Uso/Divulgación:

Yo, el firmante, autorizo a Hurtt Family Health Clinic, sus representantes y afiliados, incluyendo a los proveedores de salud, personal de la clínica, y terceros aprobados a obtener fotografías y video en cual yo aparezco.

Propósito para la Divulgación:

Las fotografías y videos se pueden usar para las funciones indicadas:

- Redes sociales (e.g. Facebook, Instagram, LinkedIn)
- Boletín
- Página de internet de Hurtt Family Health Clinic
- Otras plataformas o medios de comunicación que Hurtt Family Health Clinic gestiona para el uso publico

Términos y Condiciones:

- Yo entiendo que las fotografías y videos se pueden usar o ser divulgadas para los propósitos indicados en este documento y pueden ser compartidas con administradores de tercero (e.g., plataformas públicas).
- Yo entiendo que puedo rechazar a firmar este documento y mi rechazo no afectara mi tratamiento médico o elegibilidad de beneficios.
- Yo puedo revocar esta autorización de divulgación a cualquier momento al proveer mi revocación por escrito. Sin embargo, esta revocación no aplicara a materiales ya en uso o preparados antes de la revocación.
- Yo reconozco que no tengo derecho a compensación por el uso de las fotografías y videos o materiales relacionados.

Expiración de la Autorización:

Esta autorización permanecerá vigente hasta:

- Fecha: _____ Deje en blanco si decide no expirar esta autorización.

Reconocimiento y Liberación:

- Por la presente libero y eximo de responsabilidad a Hurtt Family Health Clinic, sus representantes, y administradores de tercero autorizados por medio de este documento de cualquier y toda responsabilidad derivada del uso o divulgación de los medios autorizados.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de edad o incapaz de dar autorización:

Nombre del Representante: _____ Relación al paciente: _____

Firma del Representante: _____ Fecha: _____

Q

- Rechazo dar autorización** Firma: _____ Fecha: _____