



AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA EL USO DE MARKETING Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono: (_____) _____

Por la presente autorizo al Sistema de Salud Driscoll (DHS por sus siglas en Inglés) y/o sus representantes (**los cuales pueden incluir empleados DHS, personal médico y miembros del equipo de salud, administradores, miembros de la Junta y donantes y partidarios**) así como los medios de comunicación o de otras partes interesadas en el cuidado y tratamiento de mis hijos -- el derecho a entrevistar, fotografiar, grabar vídeo/película, cinta de audio o grabar digitalmente a mí, mis hijos y otros miembros de familia y profesionales de la salud de mis hijos. Autorizo el uso y divulgación de la información a continuación para cualquiera de los fines siguientes:

- Material de marketing y promoción (como videos, folletos, volantes, carteles);
- Cuentas de los medios de comunicación (televisión, radio, periódicos, revistas, otra impresión, Internet y sitios web de medios sociales como Facebook, Twitter);
- Publicidad y recaudación de fondos en cualquier medio de comunicación; y
- Desarrollo científico, educativo, desarrollo del personal, control de calidad o presentaciones de mejora de rendimiento y publicaciones.

Estoy de acuerdo que cualquier de los siguientes tipos de información pueden ser usados o divulgados según esta autorización:

- Fotografías, video, audio, digital y otras grabaciones y transmisiones en vivo del cuidado y tratamiento de mi niño(a) en DHS;
- Entrevistas o citando lo dicho por mí o mi niño(a), proveedores de salud de mi niño(a) o sobre mí o mi niño(a); e
- Información de salud protegida (que puede incluir nombre del paciente e información sobre diagnóstico, condición, tratamiento y procedimientos del paciente).

Tengo entendido que tengo el derecho a rechazar cualquier uso de lo anterior como se indica a continuación. (Si corresponde, favor describir cualquier información que no debe revelarse en virtud a esta autorización):

Esta autorización tiene vigencia hasta que el paciente alcanza la mayoría de edad o antes si así lo elige (en cuyo caso esta autorización vencerá el _____, _____). Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento, excepto en la medida en que el uso o revelación ya se haya producido antes de su solicitud de revocación. Para revocar esta autorización, usted debe notificar por escrito Hospital Pediátrico Driscoll a 3533 S. Alameda St, Corpus Christi, TX 78411 ATTN: MARKETING.

La información coleccionada en virtud a esta autorización se convierte en propiedad del Sistema de Salud de Driscoll y sus representantes y puede utilizarse sin previo aviso a usted. Usted acuerda liberar al Sistema de Salud de Driscoll todo derecho, título o interés de información y producción obtenida.

Esta autorización se otorga sin promesa de compensación. El Sistema de Salud Driscoll no condicionará tratamiento en virtud a la ejecución de esta autorización.

Al firmar esta Autorización se compromete a liberar y, mantener al Sistema de Salud Driscoll sus directores, funcionarios, empleados y agentes libres de cualquier y toda reclamación, acción y demanda de cualquier naturaleza que surjan de o en relación con la información cubierta por esta Autorización.

Comprendo perfectamente la Autorización anterior y doy mi consentimiento según lo establecido.

Firma del Padre o Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

Firma del Testigo: _____

Nombre Impreso: _____

EN CASO DE TENER MÁS NIÑOS A SU CUIDADO:

Información del paciente/ niño (Letra impresa)

Nombre del paciente / niño: _____ fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____

Información del paciente/ niño (Letra impresa)

Nombre del paciente / niño: _____ fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____

Información del paciente/ niño (Letra impresa)

Nombre del paciente / niño: _____ fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____

Información del paciente/ niño (Letra impresa)

Nombre del paciente / niño: _____ fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____