

Lovelace Health System

Autorización para el uso y la divulgación de imágenes, grabaciones de voz o testimonios

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____ Número de teléfono: _____

1. Autorizo por el presente a Lovelace Health System (en adelante, el “Proveedor”) a utilizar y divulgar la siguiente información sobre la persona mencionada arriba (en adelante, el “Paciente”): (a) fotografías, imágenes digitales y otras grabaciones visuales que contengan la imagen o el retrato del Paciente u otra información de salud factible de identificar al Paciente, que incluye, si corresponde, imágenes del Paciente tomadas antes y después de recibir los servicios del Proveedor; (b) grabaciones de la voz del Paciente y otras grabaciones de audio que contengan información de salud factible de identificar al Paciente; (c) información biográfica y otra información de salud protegida sobre el Paciente, que incluye cualquier información incluida en los testimonios o reseñas que proporcione el Paciente en forma oral, escrita, por video u otro medio; y (d) información que indique que el Paciente recibió servicios médicos del Proveedor y que describa tales servicios y el diagnóstico del Paciente.

2. El Proveedor puede usar y divulgar la información descrita arriba en la creación o con fines de creación de materiales de mercadotecnia, publicaciones, sitios web, presentaciones, publicidades y cualquier otro medio de distribución, que incluye usar y divulgar la información del Paciente en medios impresos, radio, televisión, el sitio web del Proveedor, blogs y plataformas de redes sociales, como Facebook, Twitter, LinkedIn y YouTube. Cualquier persona o entidad que reciba, encuentre o visualice estos artículos o acceda al sitio web del Proveedor, los materiales de mercadotecnia u otros medios podría obtener esta información. El propósito del uso y la divulgación es promover y publicitar al Proveedor. El Proveedor puede tener un contrato con terceros para capturar la imagen, la voz u otra información descrita arriba, y la información puede ser utilizada y divulgada por estos terceros en consonancia con esta autorización.

3. Esta autorización tendrá vigencia hasta que sea revocada por el Paciente, a menos que las leyes estatales exijan un período más breve. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento enviando un aviso por escrito al Proveedor a Lovelace Health System, Attn: Privacy Officer. Sin embargo, la expiración o revocación no tendrán efecto en ninguno de los usos o divulgaciones ya realizados por el Proveedor en virtud de esta autorización. Por ejemplo, es posible que la información del Paciente continúe apareciendo en materiales promocionales creados o lanzados por el Proveedor antes de recibir la revocación por el tiempo que estos materiales sean distribuidos, diseminados o no hayan expirado, y la información puede continuar disponible en Internet, las redes sociales y otros medios por un tiempo indefinido incluso cuando ya no estén incluidos en el sitio web del Proveedor o en otros materiales promocionales del Proveedor. Una vez que la información del Paciente sea usada o divulgada conforme a esta autorización, es posible que continúe siendo usada o divulgada por los receptores y podría no estar protegida por las normas de privacidad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) (secciones 160 y 164 del título 45 del Código Federal de Regulaciones [CFR]). Comprendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que el Proveedor no condicionará el tratamiento del Paciente según si se firmó o no esta autorización.

4. El Paciente no recibirá compensación financiera por el uso de su imagen u otra información según se describe en esta autorización. El Proveedor **no** recibirá remuneración financiera (compensación) de terceros a cambio del uso y la divulgación de la información del Paciente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Si lo firma el representante personal, describir la relación: _____