2137B

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA GRABAR AUDIOS Y/O VIDEOS, TOMAR FOTOGRAFÍAS, ESCRIBIR ARTÍCULOS Y PUBLICAR

Yo, _____(*nombre completo*), el abajo firmante, por medio de la presente autorizo a *Loma Linda University Health* (LLUH), a sus afiliados y a sus representantes designados para grabar audios y/o videos identificables/no-identificables, tomar fotografías identificables/no-identificables, escribir artículos, publicar y distribuir información identificable/no-identificable acerca de mi persona y/o de la persona que está a mi cargo, cuyo nombre aparece más adelante y de quien soy el tutor legal, de la manera que LLUH, sus afiliados y sus representantes consideren apropiado.

Además autorizo a LLUH, a sus afiliados y a sus representantes designados a publicar cualquier fotografía identificable/no-identificable y demás activos que yo les haya entregado para su uso _____ (anote sus iniciales SOLAMENTE si está entregando activos multimedia).

Yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo en que LLUH, sus afiliados y sus representantes designados puedan usar y permitir que otros utilicen todas las formas de multimedia existentes, o creadas en el futuro, y/o información escrita como se considere apropiado para los propósitos que incluyen, entre otros aspectos, la distribución entre el personal de LLUH y sus afiliados, médicos, profesionales de la salud, estudiantes y miembros del público en general con fines educativos (por ej. enseñanza, conferencias), terapéuticos, científicos, benéficos, de mercadeo, de investigación, de relaciones públicas y medios de comunicación. Estoy de acuerdo en que dicha distribución se lleve a cabo de cualquier manera y medio de publicación que LLUH, sus afiliados y representantes designados lo consideren apropiado, y que dicha distribución quede sujeta solamente a las siguientes limitaciones:

Entiendo que autorizar el uso/revelación de la información antes mencionada es algo voluntario.

No necesito firmar este formulario para garantizar el tratamiento médico. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al enviar mi solicitud por escrito al departamento indicado en la parte inferior de este formulario. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará a ninguna compañía de seguros cuando la ley le otorgue el derecho de impugnar un reclamo según mi póliza. A menos que se revoque o caduque, esta autorización seguirá siendo válida.

Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará/revelará, según lo dispuesto en el código de regulaciones federales 45CFR164.524. Entiendo que cualquier uso/revelación de información conlleva la posibilidad de una re-divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas sobre el uso/revelación de mi información de salud en general, puedo contactar al departamento de registros médicos *Health Information Management Department* al (909) 651-4191. Para preguntas sobre el uso/revelación de mi información médica para fines de publicación, me puedo comunicar con el departamento de difusión *Advancement Departament* al (909) 558-4544.

Acepto colaborar con LLUH, sus afiliados y sus representantes designados en alcanzar los objetivos científicos, terapéuticos, educativos, benéficos, de relaciones públicas, de mercadeo y de noticias, y por la presente renuncio a mis derechos y/o los derechos de mis dependientes/sucesores a ser compensados por tales usos. Yo, el abajo firmante, y mis dependientes/sucesores mantendrán a LLUH, sus afiliados y sus representantes designados libres de responsabilidad de, y en contra de cualquier reclamo por lesión y/o compensación resultante de las actividades autorizadas por este acuerdo.

Entiendo que esta autorización vence el (anote la fecha): _____ o al final del día 365 a partir de la fecha de hoy si no se proporciona una fecha de vencimiento.

Al vencimiento de esta autorización, LLUH, sus afiliados y sus representantes designados no permitirán la publicación adicional de fotografías, grabaciones de audio, videos o cualquier otra información, pero ya no podrán recuperar las fotografías, grabaciones de audio, videos ni ninguna otra información ya revelada.

Firma: _____ Fecha/Hora: _____
(Paciente / Encargado / Representante legal)

Nombre en imprenta: _____

Fecha de nacimiento/Últimos 4 dígitos del seguro social: _____
(solo del paciente)

Dirección *(opcional)*: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si firma como tutor legal por otra persona, sírvase anotar el nombre de dicha persona a su cargo y su relación con él:

Nombre de la persona a su cargo: _____ Relación: _____

Witness: _____ *Date/Time:* _____

Autorización del paciente/tutor para contactar a los proveedores de atención médica y/o publicar información médica confidencial

Yo, _____ (nombre completo), autorizo a LLUH, a sus afiliados y a sus representantes designados a hablar con los proveedores de atención médica sobre mi salud, o la de la persona que está a mi cargo mencionada anteriormente y de quien soy el tutor legal, sobre la Información Médica Confidencial que consideren pertinente y apropiada para los fines y limitaciones anotados en este formulario de autorización. También autorizo la publicación de esa Información Médica Confidencial de acuerdo con los términos de esta autorización.

Firma:_____ Fecha:_____

LLUH Health Information Management (HIM) **101 E. Redlands Blvd., Suite #1200** **San Bernardino, CA 92408** **Teléfono: (909) 651-4191**	*LLUH Advancement* **P.O. Box 2000** **Loma Linda, CA 92354** **Teléfono: (909) 558-4544**

PREGUNTAS FRECUENTES

¿A quién se le permite revelar mi información médica?
A *Loma Linda University Health*, a sus afiliados y a sus representantes designados.

¿Cómo se usará mi información?
Su información puede ser utilizada para los siguientes propósitos, que incluyen, entre otros aspectos, la distribución entre el personal de LLUH y sus afiliados, médicos, profesionales de la salud, estudiantes y miembros del público en general con fines educativos (por ej. enseñanza, conferencias), terapéuticos, científicos, benéficos, de investigación, de mercadeo, de relaciones públicas y medios de comunicación.

¿Puedo solicitar inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará/revelará?
Sí.

¿Qué sucede después de que mis fotografías e información se hacen públicas?
Tenga en cuenta que una vez que se publica la información, ésta es del dominio público y puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. Otros medios pueden usar y/o redistribuir la información publicada. Por ejemplo, una historia publicada podría ser recogida por los noticieros y/o las revistas. LLUH, sus afiliados y sus representantes designados no pueden garantizar que otras organizaciones no utilicen su información publicada.

No estoy seguro de querer hacer pública mi información. ¿Debo firmar este formulario?
No - firmar este formulario es completamente voluntario y no afectará los servicios (por ej. tratamiento, tarifas o beneficios del seguro) que se le brinden en LLUH o en alguna de sus entidades afiliadas.

¿Puedo retirar mi consentimiento?
Sí. Puede cancelar/revocar su autorización en cualquier momento. Deberá enviar un aviso de revocación por escrito al departamento correspondiente: *HIM o Advancement*. Tenga en cuenta que no podremos recuperar ninguna información que haya sido utilizada/publicada en respuesta a esta autorización antes de que recibamos su aviso de revocación por escrito.

LLUH Health Information Management (HIM) **101 E. Redlands Blvd., Suite #1200** **San Bernardino, CA 92408** **Teléfono: (909) 651-4191**	*LLUH Advancement* **P.O. Box 2000** **Loma Linda, CA 92354** **Teléfono: (909) 558-4544**

¿Cuándo vence mi consentimiento?
Este consentimiento vence en la fecha indicada en el formulario de autorización. Si no se ha proporcionado una fecha específica, el consentimiento caducará automáticamente al final del día 365 a partir de la fecha en que se firmó la autorización.