



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD
PARA PUBLICIDAD**

Como padre, madre o tutor del niño menor de edad identificado abajo, doy mi consentimiento a Children's para que utilice o revele información confidencial de salud para publicidad, la cual puede incluir: periódicos, revistas, radio, videocintas, sitios en Internet y otro material publicado.

Información a ser utilizada o publicada:

Autorizo el uso del nombre de mi niño, su edad, sexo, fecha de admisión y de alta, ciudad de residencia, naturaleza general de la lesión o enfermedad, afección, tratamiento y pronóstico, si se aplica, y voz e imagen en fotografía o vídeo, por el período de tratamiento que empezó el día: _____.

Por favor retenga la siguiente información: _____

La información puede ser utilizada por o revelada a:

Por favor marque los recuadros que se apliquen:

- Agencias u organizaciones de medios de comunicación (tales como televisión, radio y periódicos)
- Fundación del Hospital de Niños/ Asociación Benéfica para Niños
- Otros _____

Entiendo que una vez que Children's revele esta información o material, la persona u organización que la reciba puede volver a publicarla y que es posible que las leyes de confidencialidad ya no la protejan.

Por favor marque un recuadro:

- Esta autorización expira cuando Children's ya no mantenga o almacene este material.
- Esta autorización expira el _____ (Fecha o acontecimiento).

Puedo revocar esta autorización notificando por teléfono, en persona o por escrito al Departamento de Comunicaciones de Children's a la dirección que se indica en la parte inferior de esta página. Si revoco la autorización, no afectará a ninguna acción que Children's ya hubiera tomado en base a este formulario. Entiendo que no tengo que firmar este formulario para que mi niño reciba tratamiento de Children's. Al firmar este formulario, reconozco que he leído y aceptado sus términos.

ESTE FORMULARIO NO AUTORIZA LA REVELACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS ESCRITOS O IMPRESOS

Firma: _____	Fecha: _____
Nombre en letra de imprenta: _____	Número de teléfono: _____
Nombre del paciente: _____	Dirección electrónica: _____
Nombre(s) de los hermanos: _____	Dirección: _____
* Testigo: _____	_____

PERMISO DE PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍAS E IMÁGENES EN VÍDEO

Por el presente documento, doy a Children's Hospital y sus afiliados el derecho y permiso absoluto e irrevocable de tomar, utilizar, volver a utilizar, publicar y volver a publicar imágenes fotográficas y de vídeo de _____ (Nombre y apellido) en su totalidad o en parte, individualmente o junto con otras fotografías, en cualquier medio para fines de publicidad, incluyendo, pero sin limitarse a, fines de ilustración, promoción, publicidad y comercialización.

Esta autorización y permiso de revelación también tendrá efecto en beneficio de los representantes legales, licenciados y cesionarios de las partes..

_____ Firma del padre, madre o tutor	_____ Fecha	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
---	----------------	----------------------------	----------------