

RHM Logo

**PARA SER LLENADO POR EL PERSONAL DEL MINISTERIO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Witness Name and Title *please print* Witness Signature Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ And/Or \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient MRN/ID Number Patient Street Address City/State/Zip

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre del paciente, *en letra imprenta*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento Número de teléfono

1. Persona(s) autorizada(s) para el uso/la divulgación. Yo permito que cualquier agente o representante autorizado de Trinity Health y sus afiliados comparta internamente mi identidad e información médica protegida, incluyendo entrevistas, imágenes, citas, comentarios y videos relacionados, para propósitos educativos o comerciales, o externamente, para publicidad, mercadeo, redes sociales, relaciones públicas, asuntos públicos o actividades similares. Los proyectos específicos incluyen:

*Describa aquí el proyecto o proyectos en los que se espera que participe, por ejemplo, "Campaña de guardería adaptada a los bebés", "Conferencia de prensa de abril", entrevista/presentación del director ejecutivo, etc.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Entiendo que otros individuos, organizaciones o empresas pueden recibir mi información directa o indirectamente, y que pueden compartirla con sus propias audiencias. Además, entiendo que Trinity Health y sus afiliados no tienen control sobre dicha reutilización de mi información. Los destinatarios pueden incluir:
* Público en general
* Periodistas, medios de comunicación y/o sus representantes
* Otras organizaciones de atención de la salud u organizaciones gubernamentales
* Responsables de elaborar políticas locales, estatales y/o federales
* Investigadores o educadores

1. Si hay alguna información que prefiera que no compartamos, por favor descríbala aquí:

4. Compensación. Entiendo que no seré compensado de ninguna manera por participar en este acuerdo o por el uso de mi imagen, citas, comentarios o información.

5. Autorizo el almacenamiento, la reutilización y la nueva divulgación de la información descrita anteriormente, y para los fines descritos anteriormente, durante un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito, o en persona, en cualquier momento y que la cancelación evitará toda divulgación futura por parte de Trinity Health y/o sus ministerios. Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento llamando al departamento que tiene los documentos firmados y verificando mi identidad; pero entiendo que esta solicitud sólo es legalmente vinculante si cancelo mi autorización por correo, fax o llevando una carta y prueba de mi identidad en persona al ministerio que inició esta autorización. También entiendo que un representante de Trinity Health o uno de sus afiliados se pondrá en contacto conmigo para autorizar cualquier otro uso de mi información.

6. Declaración de Entendimiento. Entiendo que ni Trinity Health ni ninguno de sus afiliados pueden exigirme que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento, hacer pagos de cualquier factura o para obtener la inscripción o elegibilidad en cualquier plan de seguro médico.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante del paciente Relación con el paciente Fecha

Autorización para el uso/la divulgación de información/fotografías