Rady Children's Hospital and Health Center

Rady Children's Hospital-San Diego
3020 Children's Way, MC #5049
San Diego, CA. 92123-4282

DT74010

PATIENT INFORMATION

Medios de comunicación y Relaciones comunitarias
Autorización para el uso, divulgación o publicación de fotografías

Este documentos autoriza la divulgación y, o uso de fotografías, como se describe a continuación, consistente con las leyes de California y federales relacionada con la privacidad de la información médica identificable individualmente. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente _____ _____
Apellido | Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento

Yo, el suscrito, por la presente autorizo a Rady Children's Hospital-San Diego y a sus médicos tratantes permiso de fotografiar o permitir a otra persona que fotografíen el paciente(s) arriba mencionado. El término "fotografía" significará fotografías fijas de cualquier formato, así como video grabación y cualquier otro medio mecánico de grabación y de reproducción de imágenes. Esta autorización se otorga a:

Rady Children's Hospital-San Diego, 3020 Children's Way, San Diego, CA 92123

Nombre y función de la persona u organización a la cual se ha hecho la divulgación (Dirección bajo solicitud)

Fecha(s) de la fotografía:

La información solicitada se utilizará para el siguiente objetivo: Esta informacion es para el siguiente proposito: Fotografias, videos y grabaciones de radio, que posiblemente una porcion de Rady Children's Hospital sera usada. Es servicios de eventos philantropicos (incluyendo publicaciones internales y externales, Rady Children's Hospital website, Kids News Day, publicaciones de Charity Ball, Los héroes para Niños, y para el uso de nuestros socios para promover crear fondos para eventos, visitas especiales, incluyendo pero no limitada a los mensionados antes. (Algunos)

La información solicitada deberá limitarse a lo siguiente: Por medio de esta autorización renuncio al derecho a compensación por la divulgación que he autorizado y no hago responsable a Rady Children's Hospital-San Diego y a los médicos tratantes y a sus sucesores y asignados, de y en contra, de cualquier reclamo por daños o compensación que resulten de las actividades autorizadas por este acuerdo.

VENCIMIENTO

Esta autorización se vence:

RESTRICCIONES

La ley de California prohibe al Solicitante de hacer divulgaciones adicionales acerca de mi información médica a menos que el Solicitante obtenga otra autorización mía o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS

Entiendo que yo tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación tiene que ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a: *Rady Children's Hospital-San Diego*, 3020 Children's Way, MC 5049 San Diego, CA 92123-4282.
- Mi revocación será efectiva al ser recibida, pero no será efectiva hasta donde el Solicitante u otras personas hayan actuado basándose en esta autorización.
- Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización al ser solicitada.
- No se me pedirá que firme esta autorización como condición para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para obtener beneficios.

APROBACIÓN

_____ Firma | _____ Fecha | _____ Testigo
Carlos Delgado/Media Relations

_____ Relación al paciente | _____ Área telefónica y número