Autorización para entrevista de pacientes y o imagenes para medios de publicidad

1. Yo autorizo _____ *(persona o departamento)* al **Departamento Medico de Galveston de la Universidad de Texas** a utilizar o divulgar la información de salud de:

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO	NOMBRE	INICIAL

FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO UH

2. La siguiente información se utilizará o divulgada es: *(marque todo lo cual aplique)*
   - ☐ Cualquiera información obtenida durante una entrevista con la persona ya mencionada, incluyendo pero no limitado a informacion medica y o testimonio del paciente
   - ☐ Fotografias o otras imagines
   - ☐ Información medica acerca de la condición del paciente si es pedida por los medios de comunicaciones. Esto puede incluir copias de sus archivos medicos, conversaciones con los doctores que lo attendieron y o copias de sus facturas o información financiera.
   - ☐ Otro: _____
3. Yo autorizo A UTMB a divulgar la información (como es descrita anteriormente) al publico general atravez de de cualquier medio de communicación (ejemplos; publicación universitaria, periodico, television, la red de la internet, pelicula, ect.) o como se indica abajo:

   _____
4. Yo entiendo que el o los propósitos de la petición son para uso en: *(marque lo que aplique)*
   - ☐ Publicidad General (pamfletos, sucursales, cartel, y todo otros materiales relacionados)
   - ☐ Publicaciones del Departamento Medico de Galveston de la Universidad de Texas.
   - ☐ Noticias para la televisión, medios de locución, medios periodisticos o boletines informativos.
   - ☐ La página electrónica del Departamento Medico de Galveston de la Universidad de Texas (www.utmb.edu)
   - ☐ Otro: _____
5. Yo entiendo que esta autorización es volutaria y yo me puedo negar a firmarla. El Departamento Medico de Galveston de la Universidad de Texas no puede negar tratamiento si you me rehuso a completar esta autorización.
6. Yo entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier tiempo notificando al Departamento Medico de Galveston de la Universidad de Texas por escrito a las oficinas de University Advancement, 301 University Blvd, Galveston, Texas 77555-0144, si deseo cancelar esta autorización. Yo entiendo que dicha cancelación no tendra ningun efecto en ninguna información ya en uso o divulgada por El Departamento Medico de Galveston de la Universidad de Texas antes que el El Departamento Medico de Galveston de la Universidad de Texas a recibido mi aviso de cancelación por escrito.
7. Si no es cancelado, Yo entiendo que esta autorización expira cuando la informacion no es necesario para la educaion, cuidado del paciente o los objetivos investigativos de UTMB, en dicho tiempo la información se destrulle.
8. Yo entiendo que la información divulgada pertiniente a esta autorización puede ser re-divulgada por los medios de comunicaciones y no son protejidos por las leyes de privacidad de Texas o federal.
9. Yo libero a UTMB y el systema universitario de Texas y sus regentes, oficiales, agentes, y empleados de un o toda responsabilidad en conección con el uso de esta información en los medios de comunicaciones descritos anteriormente.
10. Yo doy mi permiso en el interes de información publica, para el advance educativo, el tratamiento de pacientes y los objetivos de la institución o para otros propósitos legales.
11. Yo rechazo todos mis derechos, intereses o reclamos de pago en conección con cualquier exibición o comunicar esta información en la aplicación descritas anteriormente.
12. Si estoy bajo tratamiento por abuso de alchol o drogas, cuidado syquiatrico o salud mental, syndrome de inmunodeficiencia adquirida o virus de inmunodeficiencia humana, yo entiendo que información relacionada con mi condición puede ser usada.
13. Entiendo que el Departamento Medico de Galveston de la Universidad de Texas me dará una copia de esta forma de la autorización después que yo la firme.

_____ FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO PERSONAL

_____ FECHA

_____ NOMBRE DEL REPRESENTATE O GUARDIAN LEGAL

_____ RELACI—N LEGAL DEL REPRESENTATE /GUARDIAN CON EL PACIENTE

UTMB
The University of Texas Medical Branch