

### Comunicado de Reportes, Publicación o Radiodifusión

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Como un paciente del Hospital de la Universidad de Illinois y el Sistema de Ciencias de la Salud (UI Health), la ley requiere que usted (o el paciente) de permiso por escrito a UI Health antes de que se pueda compartir información que lo pueda identificar (o al paciente) públicamente, incluyendo a los medios de información o permitir que los noticieros tomen fotografías, grabaciones o entrevistarlo (o al paciente) mientras permanezca en UI Health. También se le solicitará su permiso (o del paciente) para usar sus fotografía(s), grabación(es) o entrevista(s) para diversos propósitos.

**Su permiso (o del paciente) por escrito es voluntario y sus cuidados (o del paciente) que recibe y beneficios que tenga de su seguro médico (o del paciente) no dependen de firmar este permiso.**

*Como se use su permiso (o del paciente), el término “Fotografía(s)” incluye: filmar, fotografías digitales, imágenes de video, películas, audio grabaciones, y transmisión en vivo de videos creados, también como grabaciones digitales o resultados de grabaciones electrónicas o imágenes, impresas, negativos, graficas o imágenes de computadora.*

1. Doy mi permiso para que UI Health distribuya, comparta; publique información de salud –especificada en #2- que pueda identificarme (o al paciente) para uso ilimitado en cualquier reporte de noticias, publicación o radiodifusión (incluyendo por internet) y para cualquier propósito promocional, de mercado, anuncio o comercial a:
  - La Junta Administrativa de la Universidad de Illinois (“Universidad”) aparte de UI Health, a
  - Reporteros para radiodifusión local, estatal y nacional, medios informativos incluyendo periódicos, revistas, televisión, radio, Internet y medios sociales (“Reporteros”).

2. Información de Salud podría incluir mi(o del paciente): nombre, edad, condición, plan de tratamiento, diagnóstico(s), pronóstico, fotografía(s), y descripción(es) de lesión(es) y/o enfermedad(es). Entiendo que esto puede incluir información sensitiva de salud relacionada a VIH/SIDA, abuso de alcohol/drogas, Salud Mental, Agresión Sexual, Abuso de Menores o Incapacidades. No impongo restricciones relacionadas a qué tipo de información de salud será publicada, compartida o distribuida con excepción de:
- 
- 

3. También doy mi permiso para que UI Health permita al personal de la Universidad y Reporteros para Fotografiarme, entrevistarme mientras permanezco en UI Health para uso ilimitado en cualquier noticiero, publicación o radiodifusión (incluyendo por Internet) y para cualquier propósito comercial, de mercado o publicitario. Entiendo que soy responsable por cualquier información que voluntariamente concedo, comparto, o público.
4. Entiendo que la Universidad y los Reporteros no están protegidos por HIPAA (Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros Médicos) y lo que sea concedido, compartido o publicado podría no estar protegido por esta ley.

Entiendo que no seré compensado (o el paciente). Entiendo que las Fotografías tomadas por la Universidad o Reporteros son de su propiedad respectivamente. Entiendo que la Universidad o los Reporteros podrían recibir algún beneficio o compensación en usar mi información de salud (o la del paciente) y Fotografías.

5. Entiendo que mi permiso es válido por diez (10) años a menos que lo cancele o anule por escrito al Departamento de Asuntos Públicos y de Gobierno de la Universidad. Mi cancelación por escrito (o del paciente) no afectará cualquier información publicada, compartida o concedida hecha antes recibir mi (o del paciente) cancelación por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si se aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Una copia firmada de este permiso debe ser incluida inmediatamente al expediente del paciente.*

*Una copia de esta autorización es tan efectiva como el documento original.*