

Autorización para Reportar, Publicar o Transmitir

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

La junta directiva de la Universidad de Illinois (Universidad) dirige el Sistema de Ciencias de la Salud y Hospital de la Universidad de Illinois (University of Illinois Hospital & Health Sciences System - UI Health). UI Health incluye todos los componentes/partes de la Universidad que brindan atención médica y servicios o actividades relacionados con la salud. UI Health está regulado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y otras leyes federales y estatales sobre la privacidad de la salud. Estas leyes requieren que UI Health cuente con su permiso por escrito antes de revelar, de cualquier forma, información relacionada con su salud o información asociada con usted. **Su permiso por escrito es voluntario y, ni la atención que ha recibido o que pueda recibir por parte de UI Health, ni el seguro médico comercial o los beneficios médicos gubernamentales que usted recibe dependen de que usted firme este permiso.**

La Universidad también solicita su permiso por escrito en nombre propio y de reporteros para los medios locales, estatales y nacionales (Reporteros) (por ejemplo, periódicos, revistas, televisión, radio, Internet y sitios de redes sociales) para fotografiarlo, filmarlo, grabarlo, transmitirlo en vivo o entrevistarlo en el contexto de, o en asociación con, la información de salud revelada por UI Health para su publicación o transmisión.

1. Doy mi permiso para que UI Health proporcione, comparta, divulgue o revele mi información de salud (especificada en el #2) o información asociada conmigo a (1) la Universidad y a (2) los Reporteros para su uso ilimitado.
2. La información de salud que UI Health puede proporcionar, compartir, divulgar o revelar incluye, pero no está limitada a:
 - Permitir que el personal de la Universidad y los Reporteros accedan a mí en el contexto de, o en asociación con, la recepción de atención o mi presencia o asociación con un evento, actividad, ubicación o condición relacionada con la salud.
 - Mi nombre, edad, condición(es), curso del(los) tratamiento(s), diagnóstico(s), pronóstico(s), fotografía(s) y descripción(es) de la(s) lesión(es) y/o enfermedad(es).

Entiendo que la información de salud puede incluir información sobre el SIDA/VIH, abuso de alcohol/drogas, salud mental, agresión sexual, abuso infantil o discapacidades. No impongo restricciones específicas aparte de:

_____.

Entiendo que la Universidad y los Reporteros no están cubiertos por HIPAA y que lo que sea proporcionado, compartido, divulgado o revelado por UI Health puede dejar de estar protegido por la ley.

3. También les doy mi permiso (1) al personal de la Universidad y (2) a los Reporteros para que me fotografíen, filmen, graben, transmitan en vivo o entrevisten para su uso ilimitado en cualquier reporte noticioso, publicación o transmisión (inclusive por Internet) y para cualquier propósito promocional, de marketing, publicitario o comercial.

Entiendo que soy responsable por cualquier información que proporcione, comparta, divulgue o revele voluntariamente. Entiendo que no recibiré compensación por mi participación, pero que la Universidad o los Reporteros pueden recibir compensación o algún beneficio al usar mi imagen sola o en combinación con mi información de salud. Entiendo que la Universidad o los Reporteros, respectivamente, son los dueños de las imágenes resultantes, de las grabaciones de audio y de los videos creados, así como de las impresiones, negativos, gráficos, copias o derivados de los mismos.

4. Mi permiso es válido por diez (10) años, a menos que lo cancele o revoque por escrito al Departamento de Asuntos Públicos y Gubernamentales de la Universidad. Entiendo que mi revocación escrita no afectará o cambiará ninguna actividad que ocurra antes de que esta se reciba.

Firma del representante individual o personal_____
Nombre en letra de molde y relación con el Individuo_____
Fecha_____
Firma del testigo_____
Nombre en letra de molde del testigo_____
Fecha