



## Autorización para el uso y/o divulgación de información de salud protegida para fines de mercadeo y comunicaciones

Yo autorizo al Centro de Ciencias de Salud en la Universidad de Nuevo México a usar o divulgar información específica (según se describe a continuación) sobre la condición médica de:

yo mismo/a     mi hijo/a     o (proveer relación o parentesco \_\_\_\_\_)

La información de salud a ser usada o divulgada se describe a continuación:

### Información del paciente

Apellido	Primer nombre e Inicial intermedia	Fecha de nacimiento	No. de expediente médico
----------	------------------------------------	---------------------	--------------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
-----------	--------	--------	---------------	----------

Por favor indique su autorización por medio de una marca en el recuadro que corresponde al tipo de información que usted está de acuerdo que sea usada o divulgada en cada una de las secciones a continuación:

- Información de salud a ser usada o divulgada como parte de un artículo que aparece en una publicación (impresa o electrónica) del Centro de ciencias de salud de la Universidad de Nuevo México (HSC, siglas en inglés) o de la Universidad de Nuevo México (UNM, siglas en inglés), el sitio web de HSC o de UNM, audio, video, comercial o película de televisión.
- Fotografías a ser usadas o divulgadas en publicaciones de HSC o UNM (impresa o electrónica), video, propaganda o película realizada con fines de mercadeo/relaciones públicas.
- Información de la salud (descrita a continuación) a ser divulgada a los medios de comunicación

### Descripción de la información de la salud a ser usada o divulgada:

---

---

---

### Comunicados de prensa y relaciones públicas

Sí    No    No aplicable Yo autorizo a miembros del personal de asuntos públicos de HSC y a otros miembros del personal de HSC a tomar o publicar fotografías, videos, o informes escritos /de audio que documentan mi condición o tratamiento (o del paciente) en periódicos, revistas, otras publicaciones, televisión, películas, el internet, u otros medios de comunicación, los cuales serán distribuidos al público en general para fines de mercadeo, negocios, o para cualquier otro propósito, o para proveer acceso a los miembros de la prensa para hacer lo mismo (nombre de los medios de comunicación), *si es aplicable*: \_\_\_\_\_

Entiendo que existe la posibilidad que yo (o el paciente) podamos ser identificados en estas fotografías, videos, informes escritos/de audio, a pesar de que mi nombre (o el del paciente) no será publicado, a menos que yo indique específicamente mi consentimiento a continuación.

SÍ DOY    NO DOY mi consentimiento para el uso de mi nombre (o el del paciente) en estas fotografías, videos, o informes escritos/de audio.

Yo libero cualquier y todos los derechos o reclamos para pago o ganancias por derecho de autor en conexión con cualquier exhibición, programa de televisión, u otras publicaciones de estas películas, cinta de video, o fotografías, sin importar que dicha exhibición, programa de televisión, u otras publicaciones estén bajo el patrocinio filantrópico, comercial, o privado, y sin importar si se ha cobrado una tarifa por la entrada o por alquiler de película.

Estoy de acuerdo que por la presente libero, mantengo indemne y me comprometo a no interponer demanda a la Universidad de Nuevo México y al Centro de ciencias de salud de la Universidad de Nuevo México, a sus rectores, agentes, oficiales y empleados y los libero de cualquier responsabilidad legal vinculado con la producción o el uso de estas películas, cintas de video, o fotografías para los propósitos arriba mencionados.

Entiendo que esta Autorización es voluntaria. Entiendo que puedo negarme a firmar/rehusar firmar esta autorización y que el no firmar no afectará mi habilidad/o la del paciente para obtener tratamiento. Entiendo que puedo revocar esta autorización mediante notificación por escrito en cualquier momento, con el entendimiento de que cualquier acción tomada anteriormente no estaría sujeta a esta revocación. La revocación tendría que estar firmada por mi o por mi representante y enviada a la dirección abajo mencionada.

Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por algunos destinatarios y que podría ya no estar protegida por las leyes federales y estatales pertinentes que rigen la privacidad de la información médica.

La Autorización para el uso en tratamiento médico o a solicitud de parte del paciente o familia no caducará. La Autorización para otros usos y divulgaciones arriba mencionados caducarán en 10 años a partir de la fecha en que se firmó. Sin embargo, yo reconozco que HSC y UNM no pueden controlar el uso continuo de fotografías o videos por personal ajeno a HSC y UNM después de que caduque la vigencia de esta Autorización.



Firma del paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación /parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Las declaraciones que aparecen arriba deben estar firmadas y con fecha para ser válidas. Si el paciente es un menor de edad emancipado o si tiene 18 años de edad, se requiere que el/ella firme la Autorización. Una copia de esta Autorización se proveerá a la persona que complete este formulario.

**Oficina de Privacidad del Centro de Ciencias de la salud de la Universidad de  
Nuevo México, MSC 08 4760, 1 Universidad de Nuevo México, Albuquerque, Nuevo  
México 87131-0001**