



**Ủy quyền và Phát hành về việc Sử dụng và/hoặc Tiết lộ
Thông tin Y tế được Bảo vệ cho Mục đích Tiếp thị và Truyền
thông**
Authorization and Release for the Use and/or Disclosure of Protected Health
Information for Marketing and Communications

Tôi cho phép Trung tâm Khoa học Y tế Viện Đại học New Mexico được sử dụng hay tiết lộ thông tin cụ thể (miêu tả dưới đây) về tình trạng sức khỏe của tôi con tôi hay (cho biết quan hệ _____). Thông tin y tế được sử dụng hay tiết lộ được miêu tả dưới đây.

Thông tin Bệnh nhân

Họ	Tên/ Tên lót	Ngày sinh	Số hồ sơ bệnh lý
Số nhà và tên đường	Thành phố	Tiểu bang	Mã bưu tín
			Số điện thoại

Xin vui lòng đánh dấu vào thông tin quý vị đồng ý cho phép cho sử dụng hoặc tiết lộ trong mỗi phần dưới đây:

- Thông tin y tế được sử dụng hay tiết lộ được kể lại như một câu chuyện trong ấn phẩm (in ấn hay điện tử) của Trung tâm Khoa học Y tế Viện Đại học New Mexico ("HSC") hay Viện Đại học New Mexico ("UNM"), trên trang mạng của HSC hay UNM, ghi âm, video, quảng cáo trên truyền hình hay phim ảnh.
- Các hình ảnh được sử dụng hay tiết lộ trong ấn phẩm (in ấn hay điện tử) của HSC hay UNM, video, quảng cáo hay phim ảnh cho mục đích tiếp thị/quan hệ công chúng.
- Thông tin y tế (được miêu tả dưới đây) sẽ được tiết lộ cho giới truyền thông.

Xin ghi rõ các thông tin y tế được phép sử dụng hay tiết lộ: _____

Thông cáo Báo chí và Quan hệ công chúng

Có Không Không áp dụng Tôi cho phép các thành viên của nhóm nhân viên công vụ HSC và nhân viên khác của HSC để thực hiện và xuất bản các hình ảnh, video, hay bằng văn bản/ghi âm thành tài liệu về tình trạng sức khỏe hay phép điều trị của tôi (hay của bệnh nhân) trên các tờ báo, tạp chí, các ấn phẩm khác, truyền hình, phim, Internet, hay phương tiện truyền thông khác, mà sẽ được lưu hành trong công chúng cho mục đích tiếp thị, kinh doanh, hay bất cứ mục đích khác, hay để cung cấp quyền truy cập cho các thành viên của hệ thống truyền thông để làm giống vậy (tên của phương tiện truyền thông), nếu có: _____.

Tôi hiểu rằng có khả năng tôi (hay bệnh nhân) có thể bị nhận dạng trong những hình ảnh này, videos, hay tài liệu bằng văn bản/ ghi âm, mặc dù tên của tôi (hay bệnh nhân) sẽ không được công bố trừ khi tôi đặc biệt đồng ý dưới đây.

Tôi đồng ý Tôi không đồng ý về việc sử dụng tên tôi (hay bệnh nhân) với những hình ảnh này, các video, các tài liệu bằng văn bản ghi âm

Tôi nhượng lại bất cứ và tất cả quyền hay đòi hỏi thanh toán hay tiền bản quyền liên quan tới bất cứ triển lãm, truyền hình, hay các ấn phẩm khác về phim, băng thu hình, hay hình ảnh, bất kể triển lãm, truyền hình, hay các ấn phẩm khác đang được từ thiện, thương mại, hay tư nhân bảo trợ, và bất kể có phải trả khoản phí tham dự hay cho mượn phim.

Tôi đồng ý không quy trách nhiệm đối với Viện Đại học New Mexico và Trung tâm Khoa học Y tế Viện Đại học New Mexico, ban quản trị, đại diện, công chức và nhân viên liên quan đến việc sản xuất hay sử dụng phim, băng thu hình, hay hình ảnh cho mục đích nêu trên.

Tôi hiểu rằng việc ủy quyền này là tự nguyện. Tôi hiểu rằng tôi có thể từ chối ký vào giấy ủy quyền này, và sự từ chối ký tên của tôi sẽ không ảnh hưởng khả năng được điều trị của tôi/bệnh nhân. Tôi hiểu rằng ủy quyền này có thể được hủy bỏ bằng văn bản bất cứ lúc nào, trừ khi các việc đã được thực hiện với sự tin tưởng của ủy quyền này. Việc hủy bỏ phải do tôi hay người đại diện của tôi ký và gửi đến địa chỉ dưới đây.

Tôi hiểu rằng một khi thông tin đã được phát hành có thể bị tiết lộ bởi một số người nhận và như vậy thông tin y tế có thể không còn được bảo mật theo luật lệ hay quy định của liên bang và tiểu bang.

Ủy quyền để sử dụng trong việc điều trị y tế hay cho một bệnh nhân hay yêu cầu của gia đình sẽ không hết hạn. Ủy quyền cho sử dụng khác và tiết lộ nêu trên sẽ hết hạn 10 năm kể từ ngày ký. Tuy nhiên, tôi thừa nhận rằng HSC và UNM không thể kiểm soát việc tiếp tục sử dụng các hình ảnh hay video do những nhân viên không thuộc UNM hay HSC sau ngày hết hạn của Ủy quyền này.

Chữ ký của bệnh nhân /hay người đại diện: _____ Date: _____
Quan hệ với bệnh nhân: _____

The above statements must be signed and dated to be valid. If the patient is an emancipated minor or 18 years of age, he/she is required to sign the Authorization. A copy of this Authorization must be provided to the individual completing this form.

**UNM Health Sciences Center Privacy Office, MSC 08 4760, 1 University of New Mexico,
Albuquerque, New Mexico 87131-0001**