University of Colorado Medicine

UNIVERSITY OF COLORADO MEDICINE
COMUNICADO DEL MODELO/HABLANTE Y/O
AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR LA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Persona(s) or Rango de Personas Autorizadas a <u>Usar/Revelar</u> la Informacion: CU Medicine	**Personas Autorizadas para Recibir la Información:** CU Medicine

Consentimiento del Participante para ser:
☐ Fotografiados ☐ Grabados ☐ Videograbados ☐ Entrevistados ☐ Ninguna de las Anteriores
☐ Otro:

Proposito de Usar/Revelar:
☐ Publicación en periodico(s), revista(s) u otras publicaciones, publicación en linea o impresa
☐ Transmitir por radio, televisión o plataformas de medios sociales
☐ CU Anschutz marketing y materiales/publicaciones de relaciones públicas
☐ Por la CU Anschutz Oficina de Comunicaciones para documentar el progreso de mi cuidado

Si es un Paciente, Por favor Incluir la Descripción de la Información Protegida de Salud a ser Usada o Revelada:

☐ Toda la Información de Identiciación del Paciente ☐ Edad/Fecha de Nacimiento ☐ Ciudad de Residencia ☐ Clase de Heridas/Enfermedades	☐ Otro: Nombre, foto, condición y tratamiento relacionado al artículo.	☐ No Aplica

Entiendo que en el caso de Fuentes Externas (tales como medios de comunicación o agentes de la ley), la instalación de la Universidad de Colorado está actuando solo como intermediario, lo que hace posible que las fuentes antes mencionadas se comuniquen conmigo.

Como tal, libero y por el presente acepto mantener la Universidad de Colorado Medicine y/o la Universidad de Colorado y las instalaciones libres e inofensivas de cualquier responsabilidad derivada del uso y/o divulgación de información; entrevista; fotografía/ video/película; y posterior publicación o difusión. Entiendo que las entrevistas o sesiones de fotos se llevan a cabo con mi consentimiento y autorización, por lo que asumo toda la responsabilidad.

Entiendo que:

1. Me puedo rehusar a firmar de autorización y que es estrictamente voluntario.
2. Si no firmo esta forma, mi cuidado de la salud y el pago por mi cuidado de salud no seran afectados.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto en alguna acción tomada antes de recibir la revocación
4. Si el solicitante o destinatario no esta en un plan de salud o proveedor de atención médica, la información publicada puede ser redescubierta por el destinatario y puede ya no estar protegido por las regulaciones federales de privacidad.
5. Entiendo que puedo ver/obtener una copia de la informacion descrita en esta forma, por una razonable cuota de copia, si pregunto por ella.
6. Obtengo una copia de esta forma despues de firmarla.

Esta autorización expirará en la siguiente: (marca y completa solo una casilla)	
☐ Fecha: _____	☐ Cuando la Universidad ya no necesite la imagen/video

He leido lo anterior y autorizo la revelación de la información de salud mencionada

Firma del Hablante/Modelo/Paciente/Guardian/Representante del Paciente:	**Fecha:**
Nombre Impreso del Representante:	**Relación:**