

Autorización para fines educativos, de recaudación de fondos y comercialización / relaciones públicas - Fotos, videos y otra información de salud protegida (PHI)

Authorization for Education, Fundraising and Marketing / Public Relations Purposes - Photo, Video and Other Protected Health Information (PHI)
HIM# 739s

Nombre del paciente (en letra de imprenta)				Fecha de nacimiento
Dirección del paciente	Ciudad	Estado	Código postal	Nº de teléfono
AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI PHI DE:				
Nombre de UNC Health Hospital, Clínica o UNC Physicians Network Clinic que pueda divulgar mi PHI:				
AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE MI PHI PARA:				
(Marque el objetivo de la divulgación, luego describa el uso destinado de la PHI y escriba en imprenta el nombre de la entidad y/o persona que recibirá la PHI con información de contacto enumerada por entidad y/o persona.)				
<input type="checkbox"/> Comercialización/Relaciones públicas: Si el objetivo de la divulgación es Comercialización/Relaciones públicas Describa las actividades de comercialización/relaciones públicas: _____ _____ Nombre en imprenta e información de contacto de la persona o del departamento que presta los servicios de comercialización: _____				
<input type="checkbox"/> Recaudación de fondos: Si el objetivo de la divulgación es la recaudación de fondos: Describa las actividades de recaudación de fondos: _____ _____ Nombre en imprenta e información de contacto de la entidad que realiza las actividades de recaudación de fondos: _____				
<input type="checkbox"/> Educación: Si la divulgación tiene fines educativos: Mi PHI puede usarse con fines educativos ofrecidos o impartidos por mi médico o proveedor de UNC Health en cualquier formato o foro, que puede incluir, pero no se limita a la publicación por escrito u otros medios, libros o revistas, instrucciones impartidas en el aula o capacitación médica en UNC Health u otras instituciones educativas o en conferencias locales, nacionales e internacionales o en otros eventos profesionales o educativos. Nombre en imprenta e información de contacto del médico o del departamento que recibirá la PHI: _____				
SI LA DIVULGACIÓN TIENE FINES EDUCATIVOS, SE DEBE ENVIAR UNA COPIA AL DEPARTAMENTO DE UNC HEALTH HIM PARA QUE SE COLOQUE EN EL EXPEDIENTE MÉDICO DEL PACIENTE.				
INFORMACIÓN QUE PUEDE DIVULGARSE: Si será solamente en fechas específicas, enumere las fechas: _____				
<input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Videos o fotografías más que pueden incluir mi rostro e imágenes o videos de procedimientos o tratamientos que he recibido	<input type="checkbox"/> Testimonios <input type="checkbox"/> Diagnósticos <input type="checkbox"/> Información del tratamiento <input type="checkbox"/> Pronóstico <input type="checkbox"/> Nombre(s) del médico o cuidador	<input type="checkbox"/> Nombre del centro, hospital o clínica donde recibió el tratamiento <input type="checkbox"/> Otro (describir en detalle): _____ _____ _____	Además autorizo la divulgación de la siguiente información que puede estar incluida en mi PHI: <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico/salud mental <input type="checkbox"/> Tratamiento por abuso de drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Tratamientos para ETS/VIH/SIDA o prueba(s) <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	





Autorización para fines educativos, de recaudación de fondos y comercialización / relaciones públicas - Fotos, videos y otra información de salud protegida (PHI)

Authorization for Education, Fundraising and Marketing / Public Relations Purposes - Photo, Video and Other Protected Health Information (PHI)

No recibiré remuneración alguna por la divulgación de mi PHI para los fines mencionados anteriormente.

Por la presente, libero a UNC Health y a sus afiliados y empleados de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de mi PHI tal como lo autoriza este formulario.

Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento si lo hago por escrito y a la dirección de la persona o institución mencionada arriba. La revocación no aplicará a la información ya divulgada como resultado de esta Autorización.

Puedo negarme a firmar esta Autorización y no me pueden negar tratamiento si yo rehúso firmar, y mi negación a no firmar esta Autorización no afectará mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios o la calidad de la atención que recibo.

Una vez que la información se divulgue de acuerdo a esta Autorización, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad médica y la persona o agencia que la reciba podría volver a divulgarla.

Esta Autorización no tendrá una fecha de vencimiento y tendrá vigencia a menos que yo provea mi revocación por escrito a la oficina, centro o proveedor de atención de la salud de UNC Health mencionados arriba.

Mi firma abajo indica que autorizo el uso y divulgación de la PHI descrito antes.

<i>Firma del paciente</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>O firma del representante autorizado</i>	<i>Fecha</i>	<i>Hora</i>
<i>Nombre en imprenta del representante autorizado</i>	<i>Número de teléfono del representante autorizado</i>	
<i>Explicar la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:</i>		

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 1/19/21

