Rady Children's Hospital & Health Center
3020 Children's Way
San Diego, CA. 92123-4282

DT74010

PATIENT INFORMATION

Name: _____
MR#: _____ Finance: _____
DOB: _____
MD: _____

Autorización para el uso, divulgación o publicación de fotografías

Este documentos autoriza la divulgación y, o uso de fotografías, como se describe a continuación, consistente con las leyes de California y federales relacionada con la privacidad de la información médica identificable individualmente. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

PROPÓSITO, USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente _____ _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

Yo, el suscrito, por la presente me doy por enterado que Children's Hospital San Diego y sus médicos tratantes tiene el derecho de fotografiar al paciente arriba mencionado para asistir en el cuidado clínico o usos hospitalarios. Por la presente autorizo a ***Children's Hospital San Diego*** y al médico tratante que tome fotografías o permita a otras personas que tomen fotografías al paciente(s) anteriormente mencionado(s) para objetivos que no requieran tratamiento incluyendo investigación, educación, propósitos comparativos, y publicación profesional. El término "fotografía" significará fotografías fijas de cualquier formato, así como video grabación y cualquier otro medio mecánico de grabación y de reproducción de imágenes. Esta autorización se otorga a:

Children's Hospital San Diego
Nombre y función de la persona u organización a la cual se ha hecho la divulgación (Dirección bajo solicitud)

Fecha(s) de la fotografía: Durante la hospitalización o visita actual. La autorización de los encuentros ambulatorios se obtendrá anualmente posterior a la autorización inicial.

La información solicitada se limitará a lo siguiente: Imágenes fotográficas, video grabación y otras imagines grabadas. Por medio de esta autorización renuncio al derecho a compensación por la divulgación que he autorizado y no hago responsable a Children's Hospital San Diego y a los médicos tratantes y a sus sucesores y asignados, de y en contra, de cualquier reclamo por daños o compensación que resulten de las actividades autorizadas.

VENCIMIENTO

Esta autorización se vence [anote la fecha o el evento] _____ o en 20 años: 07/01/2025

RESTRICCIONES

La ley de California prohibe al Solicitante de hacer divulgaciones adicionales acerca de mi información médica a menos que el Solicitante obtenga otra autorización mía o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS

Entiendo que yo tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación tiene que ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a: *Children's Hospital and Health Center*, 3020 Children's Way, MC 5049 San Diego, CA 92123-4282. Mi revocación será efectiva al ser recibida, pero no será efectiva hasta donde el Solicitante u otras personas hayan actuado basándose en esta autorización.
- No se me pedirá que firme esta autorización como condición para obtener tratamiento o pago o mi elegibilidad para obtener beneficios.
- Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización al ser solicitada. (Código Civil S.56.11)
- Entiendo mis derechos y he decidido que no deseo que se tomen fotografías para ningún propósito fuera de los cuidados clínicos o usos para proporcionar cuidados médicos. Firme únicamente si desea **"no optar"** por fotografías con objetivos que no sean clínicos o de usos hospitalarios:

_____
Firma de tutor legal

APROBACIÓN DE LOS PADRES/ TUTOR LEGAL

_____ _____ _____
Firma Fecha Testigo

_____ _____
Relación al paciente Área telefónica y número