# **CONSENTIMIENTO PARA USO DE MEDIOS DEL PACIENTE**

## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD** AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Y/O USO PÚBLICO DE IMAGEN (FOTOGRAFÍA O VIDEO) PARA PROPÓSITOS DE MEDIOS Y RELACIONES PÚBLICAS

Por la presente, doy mi consentimiento a **SILK VISION AND SURGICAL CENTER** para tomar y utilizar imágenes (fotografías o videos) o grabaciones de sonido de mí y/o del paciente menor de edad o persona nombrada a continuación para quien otorgo este consentimiento, y divulgar información confidencial del paciente sobre mí y/o sobre el paciente menor de edad o persona, en cualquier medio público, incluyendo radio, televisión, internet o impresos, o en una publicación médica. Entiendo que el uso previsto de dichas imágenes e información confidencial es para fines de publicidad, marketing, recaudación de fondos o promoción de Silk Vision and Surgical Center. Entiendo que la información confidencial a divulgar puede incluir información sobre el tratamiento del paciente en **SILK VISION AND SURGICAL CENTER**, obtenida a partir de entrevistas con la familia, médicos y personal del hospital, o de los registros médicos del paciente, incluyendo fotografías, videos y resultados de estudios de diagnóstico. Por la presente, renuncio al derecho o interés en la confidencialidad de esta información del paciente o de las imágenes tomadas y divulgadas al público, como se contempla en este consentimiento.

Reconozco que este consentimiento y autorización para la divulgación de información confidencial se otorga exclusivamente para beneficio de **SILK VISION AND SURGICAL CENTER**, sin ninguna expectativa de compensación u otro beneficio para el paciente menor de edad o persona, ni para su familia. En la medida en que se derive o pudiera derivarse algún beneficio para Silk Vision and Surgical Center por el uso de imágenes o divulgación de información, por la presente renuncio a cualquier interés o reclamo sobre dichos beneficios. Por la presente, libero y exonero para siempre a **SILK VISION AND SURGICAL CENTER** (incluyendo, sin limitación, a todas sus afiliadas corporativas, directivos, administradores, fiduciarios, empleados, miembros del personal médico y agentes) de cualquier y toda reclamación, responsabilidad, acción, demanda, costos, gastos o deudas que surjan, estén relacionadas o de alguna manera conectadas con el uso de las imágenes o la divulgación de la información y materiales descritos en este documento, y renuncio a todos los derechos e intereses sobre dicha información y materiales.

Se me ha informado que una vez que esta información sea divulgada, puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. Se me ha informado que esta autorización es voluntaria y puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna acción en base a este consentimiento, notificando por escrito a **SILK VISION AND SURGICAL CENTER** en la siguiente dirección:

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_