



Autorización y declaración para usar y divulgar información para los medios de difusión o para comunicaciones

Nombre: (Por favor escriba en letra de imprenta legible) _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Casa: Celular: Correo electrónico: _____

1. Autorización

- a. Esta autorización y declaración le permite a Intermountain Health divulgar al público la siguiente información acerca de usted: su nombre, su imagen (fotografía, video, película, etc.), su historia y sus declaraciones, información médica y de facturación pertinente, pero limitada (por ejemplo, su diagnóstico, método de tratamiento, procedimientos o tecnología utilizados, atención médica de beneficencia, si corresponde).
- b. Si usted no desea que Intermountain divulgue cierta información, por favor marque la casilla que se encuentra al lado de la información que usted **NO** desea que se difunda.
 - Nombre completo
 - Imagen (fotografías, video, película, etc.)
 - Mi historia y mis declaraciones
 - Información médica (diagnóstico, procedimientos, información sobre el tratamiento, etc.)
 - Otro (si corresponde) _____

2. Entendimiento

Entiendo lo siguiente.

- a. Puedo negarme a firmar esta autorización y declaración.
- b. Puedo cancelar esta autorización y declaración en cualquier momento y por cualquier motivo, para lo cual tendré que enviar un aviso por escrito al Departamento de Comunicaciones de Intermountain. Si hago eso, mi información no se podrá divulgar después de que yo cancele la autorización. De lo contrario, esta autorización y declaración seguirá vigente mientras Intermountain Health esté proporcionando activamente servicios de salud.
- c. El rechazar o cambiar de parecer en cuanto a esta autorización y declaración no nos afectará negativamente ni a mí ni a mi familia en términos del tratamiento médico, el pago por dichos servicios médicos o los beneficios del paciente.
- d. Los reglamentos de privacidad federal gobiernan el uso de esta información por parte de Intermountain Health. (Para obtener más detalles acerca del uso de la información sobre la salud por parte de Intermountain Health y sus derechos de privacidad con relación a la información sobre su salud, solicite una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Intermountain Health).
- e. Entiendo que otras personas verán la información que yo autorice para que se comparta públicamente. Puede que quienes vean esta información no se rijan por los mismos reglamentos de privacidad que se aplican a Intermountain Health.
- f. Entiendo qué información podría ser divulgada bajo esta autorización y declaración.

3. Firma

Al firmar abajo, libero mi información a Intermountain Health y los autorizo para que divulguen dicha información en publicaciones, por ejemplo, en los medios informativos en forma impresa, electrónica o en audio; en publicaciones, folletos publicitarios; y en panfletos para recaudar fondos, redes sociales y otras comunicaciones. Han respondido satisfactoriamente a mis preguntas acerca de esta autorización y declaración.

Firma del paciente o del sujeto: _____

Representante legal _____ Fecha: _____

Si lo firma un representante legal, indique la relación que tiene con el sujeto: _____

Firma y nombre del testigo (opcional): _____