**ST. LUKE’S UNIVERSITY HEALTH NETWORK**

**Autorización del paciente para revelar información de salud protegida a los medios de comunicación**

1. ***Autorización de divulgación.*** Autorizo a St. Luke’s University Health Network, sus afiliados y a cada uno de sus empleados, médicos y representantes (conjuntamente, la “Red”) a utilizar y a divulgar información médica sobre mí en forma de entrevistas, fotografías o grabaciones de audio/video. Los objetivos de dichos usos y divulgaciones serían la promoción de la Red y sus servicios, educación del paciente, discusión de temas de interés, informes para la comunidad, materiales para donantes o, de lo contrario, la aparición en boletines informativos, foros, publicidad, publicaciones, exhibiciones, comunicaciones en medios gráficos o de audio, medios digitales (lo que incluye páginas web, publicidad en línea y foros y redes sociales) o en otros formatos.

2. ***Negación a firmar.*** Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización. La Red no se negará a atenderme por no haber firmado esta Autorización.

3. ***Revocación de la autorización.*** Comprendo que puedo revocar por escrito esta Autorización en cualquier momento. La revocación por escrito será efectiva a partir de la fecha en que la Red la recibe. Si deseo revocar esta Autorización, enviaré una solicitud por escrito a: St. Luke’s University Health Network, 801 Ostrum Street, Bethlehem,PA 18015, para: Director de Marketing y Relaciones Públicas. Una vez que la Autorización se haya revocado, la Red ya no podrá utilizar o divulgar la información médica para los objetivos descriptos en esta Autorización. Sin embargo, si antes de revocar mi Autorización la Red creó y divulgó materiales con mi información médica, podrá seguir utilizando y divulgando esos materiales aun luego de que mi Autorización se haya revocado.

4. ***Divulgación futura.*** Comprendo que autorizo la divulgación de mi información médica (tales como mi nombre y mi fotografía, grabaciones de audio/video o entrevistas) que la Red publicará y distribuirá al público. Aquellos que reciban o vean mi información médica podrán reproducirla, copiarla o divulgarla, y una vez que St. Luke's ya no sea el titular de mi información, puede que las leyes federales que rigen la privacidad del paciente ya no protejan mi información.

5. ***Finalización de la autorización.*** Comprendo que esta Autorización finaliza luego de veinte años desde la fecha en que la firmo. Una vez que haya vencido esta Autorización, la Red ya no podrá usar ni divulgar mi información médica para los objetivos descriptos en esta Autorización, a menos que se firme una nueva Autorización.

***Reconocimiento de adulto.*** Comprendo los términos y los significados de esta Autorización. Certifico que soy mayor de 18 años.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

***Reconocimiento de padre/tutor legal.*** Certifico que soy el padre o tutor legal del menor mencionado

y comprendo los términos y los significados de esta Autorización.

Nombre del menor en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor legal

*NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Reconocimiento de poder.*** Certifico que tengo la autoridad para ejecutar esta Autorización en

nombre de la persona mencionada como su apoderado legal designado por la persona mencionada a continuación y que comprendo los términos y los significados de esta Autorización.

Nombre de la persona que designa en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del apoderado legal en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del apoderado

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*