

Duke Health Enterprise Duke Medical Center News Office

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y/O FOTOGRAFÍAS

Si decide que lo fotografíen, que tomen video o que se grabe el audio o que se dé a los medios información protegida sobre su salud o la de su dependiente, por favor complete los párrafos que corresponda a continuación.

„ Divulgación de información de salud protegida y/o consentimiento para los medios

Yo, _____ autorizo a Duke University, a Duke University Health System y a la Clínica Privada de Diagnóstico (Private Diagnostic Clinic), así como a otras filiales de Duke Health Enterprise (Duke) que se mencionan en el Apéndice de privacidad, a que divulguen lo siguiente _____ sobre mí o mi dependiente _____ a los medios informativos con el siguiente propósito: _____
Fecha o evento que da fin a la autorización: 100 años _____ a partir de la fecha de hoy _____

„ Permiso para tomar fotografías o video

Yo, _____ autorizo que Duke permita a sus representantes y a los medios informativos que tomen fotografías o video de mí o de mi dependiente _____ mientras yo (él/ella) sea paciente del hospital. Entiendo que Duke no tiene ningún control sobre el uso de las fotografías o cintas de video que divulguen o tomen los medios informativos.
Fecha o evento que da fin a la autorización: 100 años _____ a partir de la fecha de hoy _____

„ Permiso para grabar audio

Yo, _____ autorizo que Duke permita a los medios informativos que graben audio de mí o de mi dependiente _____, mientras yo (él/ella) sea paciente del hospital. Entiendo que Duke no tiene ningún control sobre el uso de las grabaciones de audio que divulguen o tomen los medios informativos.
Fecha o evento que da fin a la autorización: 100 años _____ a partir de la fecha de hoy _____

„ Permiso para divulgar información con fines de comercialización o promoción

Yo, _____ autorizo que Duke tome fotografías de mí o de mi dependiente, _____, mientras yo (él/ella) sea paciente del hospital con fines de comercialización o promoción de sus servicios. Entiendo que fotografías, videos o cintas de audio se utilizarán principalmente para la comercialización o promoción de los servicios, por ejemplo, en folletos, en el boletín, en la página Web de Duke y en anuncios. Fecha o evento que da fin a la autorización: 10 años _____ a partir de la fecha de hoy _____

„ Permiso para fotografías o video para educación o ilustración médica

Yo, _____ autorizo que Duke tome fotografías o video de mí o de mi dependiente _____, mientras yo (él/ella) sea paciente del hospital. Entiendo que las fotografías o las cintas de video se pueden utilizar de la manera en que la Administración de Duke considere adecuada, pero principalmente con fines informativos, para educación o ilustración médica.
Fecha o evento que da fin a la autorización: 100 años _____ a partir de la fecha de hoy _____

Entiendo que:

- Si los materiales están protegidos por los derechos de autor de Duke, el material estará bajo el control de Duke. Sin embargo, entiendo que una vez que la información y/o el material se divulgan en medios informativos públicos (entre otros, televisión periódicos, revistas, radio e internet) Duke ya no tiene control sobre su uso.
- Por este medio libero a Duke, a sus cesionarios y representantes cualquier demanda que surja o esté relacionada con el uso de las fotografías, videos, cintas de audio y/o de la divulgación de información médica protegida.
- No recibiré ninguna compensación por mi consentimiento en este material. También entiendo que mi participación en este proyecto no afectará de ningún modo el cuidado que yo recibo.