

**Autorización para usar y divulgar información médica protegida (PHI por su sigla en inglés) para medios / marketing y otros fines relacionados**

Autorizo a UCR Health a divulgar mi información médica protegida a (especifique el (los) nombre (s), las siguientes organizaciones de noticias u otros medios:

Al firmar esta Autorización, entiendo y acepto que:

1. UCR Health puede usar mi información médica protegida para los siguientes propósitos:

- Marketing (por ejemplo, folletos, carteles publicitarios, otros anuncios sobre los Servicios de UCR Health)
- Medios informativos / Documentales (por ejemplo, televisión, periódicos, revistas)
- Un consultor de medios o entretenimiento para obtener la comprensión de las actividades de atención médica
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_

2. Los siguientes tipos de información médica protegida pueden ser utilizados o divulgados por UCR Health:

Todos las siguientes  
Nombre  
Dirección, Ciudad y Estado  
Número de teléfono  
Dirección de correo electrónico  
Fecha de nacimiento / edad  
Imagen de fotografía / vídeo  
Historia personal  
Diagnóstico / Método de tratamiento  
Fecha(s) de tratamiento  
Otro

3. Una vez que UCR Health haya divulgado mi información de salud al público en general, incluyendo a los miembros de los medios de comunicación u otros que puedan distribuir esta información, UCR Health no puede garantizar que estos destinatarios no volverán a divulgar mi información de salud a otros. Los destinatarios de mi información de salud protegida pueden no estar obligados a cumplir con esta Autorización ni con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y divulgación de mi información médica.

4. Puedo negarme a firmar o puedo revocar (en cualquier momento) esta Autorización por cualquier razón y esa negativa o revocatoria no afectará el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento en UCR Health.

5. Esta Autorización permanecerá vigente hasta que el término de esta Autorización se venza (como se establece abajo) o yo provea una notificación escrita de revocación a la Oficina de Gestión de Información de UCR Health en la dirección que se detalla en el Párrafo 6 a continuación. La revocación entrará en vigor inmediatamente después de recibir mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá efecto alguno en cualquier acción tomada por UCR Health en base de esta Autorización antes de recibir mi notificación escrita de revocación.

6. Si tengo preguntas sobre esta Autorización, o sobre el uso de mi información médica protegida o si deseo revocar esta autorización, puedo contactar a UCR Health, a la Oficina de Administración de Información de Salud: Por teléfono: (951) 827-3257. Por correo: UCR Health, Compliance and Privacy Office, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.

**TÉRMINO:**

Esta Autorización permanecerá vigente:

Desde la fecha de esta Autorización hasta la terminación de la campaña de recaudación de fondos o marketing siguiente:

Hasta (fecha) \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

He leído y entiendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso y divulgación de mi información de salud. Mediante mi firma a continuación, por la presente, autorizo a UCR Health, a sabiendas y voluntariamente, a usar o divulgar mi información médica de la manera descrita a continuación.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primero) \_\_\_\_\_ (Medio) \_\_\_\_\_

Dirección de la casa \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad o no puede firmar esta autorización, obtenga las siguientes firmas:

Firma del Representante Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del Representante Personal \_\_\_\_\_

Descripción de la Autoridad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Relación con el paciente)