

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE MATERIAL MULTIMEDIA PARA PROPÓSITOS EDUCATIVOS

Número de historia clínica de UCR Health Medical
Nombre del Paciente:

Miembro del profesorado/Nombre del medico que lo atiende _____
Departamento _____
Número de Teléfono _____

Propósito: Solicitamos su permiso para tomar fotografías, grabar películas y/o crear artículos multimedia que contengan información de salud referida a usted. Los artículos multimedia serán tomados o realizados durante el transcurso de un tratamiento de salud en la práctica ambulatoria de UCR Health. Queremos compartir esta información de salud acerca de usted con otras personas y entidades dentro o fuera de UCR Health con fines educativos, para que otros profesionales y estudiantes de ciencias de la salud puedan aprender acerca de su condición o enfermedad. Esto beneficiará a otros pacientes.

Confidencialidad: Usted no será identificado por su nombre. Otras personas podrían reconocer su cara o voz u otra información que es exclusivamente suya. Los elementos multimedia serán editados y almacenados en un ordenador sin su nombre.

Aviso: UCR Health y muchas otras organizaciones e individuos tales como doctores, enfermeros, dentistas, hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información de salud. Si usted ha autorizado que se revele su información de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, es posible que la misma ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

Sus Derechos: Usted tiene derecho a que la filmación o la toma de fotografías se detenga en cualquier momento y tiene el derecho de revocar su consentimiento en cualquier momento, antes de la publicación. Después de la publicación, no es posible rescindir su consentimiento. El hecho de otorgarnos el permiso para usar estos artículos es voluntario. Usted puede negarse a dar permiso sin ninguna penalidad ni pérdida de cuidados ni servicios. Su tratamiento, pago, inscripción y elegibilidad para los beneficios no dependen de que usted firme este formulario de permiso. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento y Privacidad de UCR Health, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.

Vencimiento: A menos que revoque anticipadamente su permiso, esta autorización caduca el _____. Si no se indica ninguna fecha, esta autorización expirará cincuenta años después de la fecha de la firma de este formulario.

Doy permiso para que estos elementos multimedia sean tomados o hechos y utilizados:

- Fotografías: _____
- Videos/películas: _____
- Cintas de audio/clips de audio: _____
- Radiografías y otras imágenes médicas: _____
- Otros materiales multimedia: _____

Información de salud con respecto a mi condición médica o tratamiento a ser divulgada (especifique la información de salud que autoriza para su divulgación):

- Tipo (s) de información de salud: _____
- Fecha (s) de tratamiento: _____

Doy permiso a UCR Health para usar estos artículos multimedia para estos propósitos educativos:

- Capacitación de profesionales de ciencias de la salud en UC Riverside, incluyendo estudiantes, profesores y otros en la UC Riverside School of Medicine (por ejemplo, conferencias en el salón de clases, presentaciones de profesores, proyectos de estudiantes, manuales de laboratorio y materiales de currículo en línea).
- Uso en publicaciones profesionales, presentaciones, libros de texto y en conferencias profesionales.
- Almacenamiento en archivos físicos y bases de datos de materiales didácticos para las ciencias de la salud.

Revocatoria de su permiso: Usted puede cambiar de opinión y retirar su permiso de uso de las fotografías, películas u otros materiales en cualquier momento, sin ninguna penalidad ni pérdida de cuidados o de servicios. Para revocar su permiso, escriba una carta, fírmela y entréguela a la Oficina de Cumplimiento y Privacidad de UCR Health, 900 University Avenue, Riverside, California 92521.

La carta de revocación entrará en vigor cuando UCR Health la reciba, excepto en la medida en que UCR Health u otros ya se hayan basado en su autorización. Si los elementos multimedia se han compartido, puede que no sea posible recuperarlos.

Estoy de acuerdo en que UCR Health será el propietario de todos y cada uno de los derechos sobre los elementos multimedia mencionados anteriormente. Renuncio a todos y cada uno de los derechos que pueda tener en el uso de mi imagen o fotografías. UCR Health tendrá el derecho de reproducir, distribuir, vender, transmitir, publicar, exhibir o de otra manera utilizar los elementos multimedia mencionados anteriormente. No recibiré ningún pago por el uso de ellos.

He leído este consentimiento sobre el uso de elementos multimedia que contienen mi información de salud. Entiendo los permisos que estoy dando. Mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y estoy de acuerdo con lo que este formulario dice. Voy a obtener una copia de este consentimiento.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Relación/parentesco con el paciente

Firma del testigo o intérprete

Fecha

Nº de Teléfono

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha