



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 Aviso de prácticas 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/o 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 las 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 los anuncios. Fecha o evento que da fin a la autorización: 100 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 se utilizarán 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 divulgue a los 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/o representantes de 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 para divulgar este material. También entiendo que mi participación en este proyecto no afectará de ningún modo el cuidado que yo (él/ella) reciba o nuestras facturas médicas de Duke.

He leído este formulario y entiendo todo su contenido. Estoy de acuerdo en quedar obligado por este formulario de consentimiento. Reconozco y declaro que tengo por lo menos 18 años de edad y que tengo derecho a celebrar contratos en mi propio nombre o que tengo la autorización legal para firmar el formulario en nombre del paciente.

Tengo derecho a que no me fotografíen, me tomen video o graben audio o que se divulgue a los medios información protegida sobre mi salud o la de mi dependiente. Mi participación no afectará en ningún modo la atención que recibo.

Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. La revocación se debe hacer por escrito y se debe enviar a DUHS News Office, Box 3354 DUMC, Durham, NC 27710 o por fax al (919) 681-7353[RP2]. La revocación no afectará lo que se haya divulgado antes de ella. Entiendo que Duke no tiene ningún control sobre el uso de la información una vez que se ha divulgado a los medios.

TESTIGO

FIRMA

FECHA

PARENTESCO