



For Staff Use Only:	Name of Staff Person:
Location of photo(s):	
Purpose of photo(s):	
Situation:	
Participant's gender: M/F	Description (clothing, hair color):

### Renuncia Autorización de Toma de Fotografías/Video y/o para Divulgar Información de Salud Protegida

Por favor, marque todo lo que corresponda:

#### **Fotografía/video**

- Por la presente, autorizo a Children's Health Care con razón comercial Children's Hospitals and Clinics of Minnesota (Children's) a tomar y/o utilizar fotografías/video de mi hijo para todos los materiales de promoción, mercadotecnia y esfuerzos de medios sociales, actividades de recaudación de fondos y/o producciones de medios de comunicación. Esta renuncia corresponde a las imágenes impresas, digitales, de video y formatos de transmisión.

#### **Divulgación de información de salud protegida**

- Por la presente, autorizo a Children's a compartir el nombre, la historia médica, incluyendo el diagnóstico y la historia de tratamiento de mi hijo para todos los materiales de promoción, mercadotecnia y esfuerzos de medios sociales, actividades de recaudación de fondos y/o producciones de medios. Entiendo que esta información es *información de salud protegida* y que Children's no puede divulgar esta información sin mi autorización, la cual concedo por la presente.

#### **Reconocimientos**

- Entiendo que Children's tiene el derecho de usar, editar, exhibir, transmitir, distribuir y reproducir estas imágenes y/o información en cualquier forma y puede compartir estas imágenes y/o información con otros medios. Entiendo que no se me dará la oportunidad de inspeccionar o aprobar el producto final.
- Entiendo que Children's es propietario de los derechos a las imágenes presentadas o creadas en virtud de esta autorización, y renuncio a todos los reclamos en contra de Children's y otros medios con respecto a los derechos de autor y la publicación. No se devolverán las fotos presentadas.
- Entiendo que este material y/o información se puede utilizar en la publicidad de Children's, sus materiales de mercadotecnia, en su sitio web y/o páginas de medios sociales.
- Entiendo que este material y/o información pueden ser compartidos con el público en general. Convengo en que Children's no es responsable por ninguna apropiación indebida de las fotografías/video, si procede, por parte de cualquier miembro del público en general o las noticias.
- Entiendo que no recibiré compensación de ningún tipo por el uso de las fotografías/videos y/o por compartir la información de salud protegida del paciente o cualquier otro material creado en virtud de la presente autorización.
- Entiendo que la negativa a conceder la autorización a Children's para crear y utilizar fotografías/video de mí/el paciente y/o compartir la información de salud protegida del paciente no afectará a los servicios que yo/el paciente reciba en Children's.
- Si soy un miembro del personal de Children's, entiendo que la negativa a conceder la autorización a Children's para crear y utilizar fotografías/video de mí no afectará mi cargo o empleo en Children's. Children's CE #: \_\_\_\_\_.

#### **Revocación de la autorización**

Cuando Children's esté realizando la toma de fotografías o grabaciones de video, usted puede pedirnos que nos detengamos en cualquier momento. Usted puede revocar su autorización para usar las fotografías/videos y/o compartir la información de salud protegida del paciente en cualquier momento hasta la producción actual de cualesquiera materiales que aún no se hayan creado en el momento de su revocación. Sin embargo, una vez producido el material, ya no podrá revocar su autorización para que Children's use el material. La opción para detener la producción o uso no se aplica a los medios de comunicación, ya que no están bajo el control de Children's. Esta autorización expirará únicamente a la recepción de una revocación por escrito y sólo se aplicará a aquellos materiales que no se hayan producido todavía.

Mi firma a continuación reconoce que he leído, entendido y acepto las declaraciones establecidas anteriormente en este documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante/paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del participante/paciente

\_\_\_\_\_  
Firma (participante/paciente/padre o madre/tutor))

\_\_\_\_\_  
Fecha y hora

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación con el participante/paciente

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono