

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MEDIOS AUDIOVISUALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Descripción de la información a publicar: \_\_\_\_\_

Corresponsal/afiliación: \_\_\_\_\_ Posible fecha de publicación/transmisión: \_\_\_\_\_

Autorización para: ☐ entrevistar ☐ fotografiar ☐ grabar ☐ otros

Doy mi consentimiento a Nebraska Medicine/University of Nebraska Medical Center (Hospital/UNMC) y sus empleados y agentes para publicar/revelar públicamente información acerca de mi persona, imagen, semejanzas, voz y comentarios según corresponda a la(s) casilla(s) anteriormente seleccionadas. Entiendo que mi participación voluntaria en esta campaña audiovisual puede dar a conocer información sobre mi situación médica o sobre los servicios médicos o conductuales recibidos en el Hospital/UNMC. Entiendo también que dicha información podrá ser utilizada por el Hospital/UNMC para fines publicitarios, promocionales u otros fines mediáticos, que podrían incluir artículos periodísticos o de revistas, programas de televisión, grabaciones de vídeo, materiales de internet y otras grabaciones de audio y/o imagen.

☐ Doy mi autorización para mostrar mi nombre en los materiales ☐ Prefiero no ser identificado por mi nombre

Entiendo no poseer ningún derecho de propiedad sobre los materiales producidos, ni ningún derecho a inspeccionar o dar mi aprobación a los materiales finales antes de su publicación o del uso para el que estén destinados. He tenido la oportunidad de formular preguntas acerca de los usos potenciales de la entrevista/fotografía/grabación u otros materiales producidos.

Entiendo que, una vez revelada públicamente, la información podrá ser revelada más veces o utilizada por el público, quedando ya fuera de la protección de la legislación estatal y federal.

Entiendo que el Hospital/UNMC ☐ recibirá / ☐ no recibirá indemnizaciones por el uso/revelación de la información.

Esta autorización expirará únicamente en el caso de que retire yo mi autorización. Entiendo que puedo retirar esta autorización por escrito en cualquier momento mediante notificación a la Oficina de Privacidad, escribiendo a 988102 Nebraska Medical Center, Omaha NE 68198-8102 o llamando gratis al 1-800-552-8802, ext. 9-5136. Entiendo que al Hospital/UNMC puede no serle posible corresponder a mi petición de revocación de la autorización en el caso de que el Hospital/UNMC haya ya actuado de acuerdo a la presente autorización.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa, en su caso, no afectará a mi derecho a recibir tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado

\_\_\_\_\_  
Firma del progenitor, tutor o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación de la persona arriba firmante con el interesado

\_\_\_\_\_  
Testigo

