

## CONSENTIMIENTO MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Paciente	Estudiante de UNMC		Otro:	
Primero Nombre	Inicial		Apellido	Pronombres (opcional)
Fecha de Nacimiento <small>(MM/DD/AAAA)</small>	Último 4 del número de seguro social <small>(opcional)</small>	Teléfono	Correo electrónico <small>(opcional)</small>	
Calle Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
<b>Descripción de información a ser divulgada.</b> <small>(p.ej. estado como paciente, información acerca de condición médica y tratamiento y procedimientos relacionados, fotografías, video, entrevista)</small>				
<b>Limitaciones/restricciones en uso de información a ser divulgada</b> <small>(opcional)</small>				
A	No quiero que se divulgue la siguiente información sobre mí (por ejemplo, mi nombre, fecha de nacimiento, imagen, información relacionada con tratamiento psiquiátrico, tratamiento de dependencia química o abuso de alcohol, o información relacionada con enfermedades transmisibles o infecciosas como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el síndrome de inmunodeficiencia (ARC), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades venéreas, tuberculosis o hepatitis)			
B	No quiero que mi información se utilice de la siguiente manera (por ejemplo, publicaciones en redes sociales, periódicos, programas de televisión)			
C	Otras restricciones en el uso de mi información			

**Consentimiento:** Salvo que se indique lo contrario anteriormente, doy permiso a Nebraska Medicine/University of Nebraska Medical Center ("ORGANIZACIÓN") para crear o hacer que otros creen contenido de entrevistas, fotografías, imágenes, materiales impresos y presentaciones y grabaciones de audio y/o visuales que incluyan información sobre mí y/o mi imagen y semejanza ("CONTENIDO"). La ORGANIZACIÓN puede usar y divulgar públicamente, o hacer que otros usen y divulguen públicamente en nombre de la ORGANIZACIÓN, el CONTENIDO para publicidad, promoción, educación y otros fines de la ORGANIZACIÓN, incluidos, entre otros, artículos escritos, anuncios, publicaciones en Internet y redes sociales, folletos, carteles y presentaciones. Entiendo que el CONTENIDO puede revelar que soy/fui un paciente y otra información médica y de tratamiento sobre mí.

**Propiedad:** Entiendo que no soy dueño del CONTENIDO y no tengo derecho a inspeccionar o aprobar los materiales terminados antes de su uso; No tengo derecho a pago ni a otros beneficios por el uso del CONTENIDO; y la ORGANIZACIÓN pueden beneficiarse del CONTENIDO, pero renuncio a cualquier interés o reclamación de dichos beneficios.

**Divulgación:** Entiendo que una vez que el CONTENIDO se divulgue públicamente, el público podrá volver a divulgarlo o utilizarlo y es posible que cualquier información incluida en el CONTENIDO ya no sea confidencial ni esté protegida por las leyes estatales y federales. Libero a la ORGANIZACIÓN de cualquier reclamo que surja del uso del CONTENIDO según lo autorizado en este Formulario de consentimiento para los medios.

**Revocación:** Puedo revocar mi consentimiento para utilizar el CONTENIDO descrito anteriormente en cualquier momento notificándolo por escrito a [info@nebraskamed.com](mailto:info@nebraskamed.com). Entiendo que la revocación no se aplicará a ningún CONTENIDO existente, sino que se aplicará únicamente a la creación y uso de CONTENIDO nuevo. Este consentimiento no caduca y finalizará únicamente cuando revoco mi consentimiento.

**Garantías:** Entiendo que puedo negarme a firmar este consentimiento y que mi denegación no afectará la atención recibida en la ORGANIZACIÓN, los costos de la atención o la elegibilidad de los beneficios. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los usos potenciales de la información. He leído este documento y entiendo completamente su contenido. También entiendo que puedo solicitar una copia de este consentimiento.

**Por favor escriba su nombre y firme a continuación:**

Nombre del paciente o representante personal:	Relación (o Si mismo):
Firma de paciente, estudiante o representante personal:	Fecha: