

MR#: _____

DOB: _____

Autorización para la relación entre los medios de comunicación y la comunidad

Autorizo a UCI Health a que divulgue mi información médica protegida para los siguientes propósitos:

Doy mi permiso voluntariamente para que se me tomen fotografías, películas o videos y para que estos sean usados por los medios de comunicación, el personal de UCI Health o sus representantes, a fin de comunicar eventos, programas, procedimientos y otras cosas de este tipo. Entiendo que una vez que se divulguen a los medios de comunicación, UCI Health dejará de controlar el uso de estas cosas en el futuro.

Doy mi permiso voluntariamente para que la información médica sobre mi enfermedad o tratamiento se divulgue a los medios de comunicación, al personal de UCI Health o a sus representantes, como anécdotas que aparecerán en las noticias u otros medios de comunicación (televisión, radio, periódicos, revistas, páginas web o comunicados de noticias por video).

Autorizo la divulgación a: **UCI Health/Medios noticiosos/**_____

AVISO: Se requiere por ley que UC Irvine Healthcare mantenga su información médica en confidencialidad. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien a quien no se le exige legalmente que la mantenga en confidencialidad, esa información podría dejar de estar protegida contra la redivulgación por las leyes estatales o federales de confidencialidad.

SUS DERECHOS: Esta autorización para divulgar su información médica es voluntaria. No se le exige que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento ni tampoco para el pago de la atención médica, la inscripción en un plan de salud, ni la elegibilidad para los beneficios.

No se divulgará lo siguiente a menos que usted lo autorice específicamente:

- Autorizo específicamente que se divulgue información relacionada con el abuso, el diagnóstico o el tratamiento de drogas y alcohol (42 C.F.R. §§2.34 and §§2.35).
- Autorizo específicamente que se divulgue información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de la salud mental (Código de Bienestar y de las Instituciones §§5328, *et. seq.*)
- Autorizo específicamente que se divulguen los resultados de las pruebas de VIH/SIDA (Código de Salud y Seguridad §120980 (g)).
- Autorizo específicamente que se divulgue la información de las pruebas genéticas (Código de Salud y Seguridad §1249800)).

Esta autorización puede revocarse en cualquier momento. La revocación debe hacerse por escrito, debe ser firmada por usted o por el representante del paciente y debe enviarse a UCI Health Media Relations, 333 City Blvd. S., Ste. 1250, Orange, CA 92868. La revocación entrará en vigencia en el momento en que se reciba, con excepción de lo que ya haya sido divulgado por UCI Health u otros. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN: A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vence 12 meses después de la fecha de su firma en este formulario.

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente

Firma (Paciente/Padre/Madre/Tutor)

Número de teléfono

Fecha

Testigo (nombre del miembro del personal encargado de este formulario)

Hora