



CNPHTO

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS

Por el presente otorgo mi consentimiento para ser fotografiado mientras recibo tratamiento en un centro de CGH Medical Center. El término "fotografía" incluye video o fotografía fija, digital o en cualquier otro formato y cualquier otro medio de grabación o reproducción de imágenes.

Por el presente autorizo el uso de fotografías tomadas por, o la divulgación de las fotografías a:

CGH Medical Center
100 E. Lefevre Rd.
Sterling, IL. 61081

PROPÓSITO:

Otorgo mi consentimiento para ser fotografiado y autorizo el uso o divulgación de dichas fotografías para ayudar con:

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diagnóstico y tratamiento médico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Proyectos para mejorar la calidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Con propósitos de relaciones públicas, mercadeo y beneficencia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro |

Yo y mis sucesores o asignados, por el presente, exoneramos a CGH Medical Center, a sus empleados, a mis médicos y a cualquier otra persona que participe en mi atención y a sus sucesores y asignados, de cualquier responsabilidad de y contra cualquier reclamo por lesión o compensación ocasionada por las actividades autorizadas por medio de este acuerdo.

MIS DERECHOS:

Puedo solicitar que la grabación se descontinúe en cualquier momento.

Puedo rescindir esta Autorización hasta un tiempo razonable antes de que se utilice la fotografía, pero lo debo hacer por escrito y presentarlo a la siguiente dirección:

CGH Medical Center
Attention Health Information Department
100 E. Lefevre Rd.
Sterling, IL. 61081

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la fotografía cuyo uso o divulgación autorizo.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

La información divulgada de acuerdo con esta Autorización la puede volver a divulgar el receptor. Dicha nueva divulgación, en algunos casos, no está protegida por la ley de Illinois y es posible que ya no esté protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA).

Entiendo que no recibiré ninguna compensación financiera.

FIRMA:

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ a. m./p. m.
(paciente/representante/cónyuge/parte responsable financieramente)

Nombre en letra de molde: _____ Relación si la firma no es del paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____ a. m./p. m.
(testigo)