

Subject: _____

Description: _____

**Formulario de Consentimiento
de divulgación de prensa**

Por la presente autorizo a RWJBarnabas Health, Inc. y/o sus afiliados, instalaciones, agentes, subcontratistas, empleados y doy mi consentimiento para que RWJBarnabas Health (RWJBH) tome y use mis (o las de mi hijo/a) fotografías, películas, cintas de audio y/o videos, utilizando y compartiendo mi nombre e información con el propósito de promoción, divulgación (publicación), relaciones con los medios, redes sociales, educación y/o investigación. Entiendo que puedo ser identificado en cualquier uso de los materiales anteriores. Me doy cuenta de que no seré compensado de ninguna manera por el uso de fotografías, películas, audio y/o cintas de video, o su publicación. Entiendo que una vez la información sobre mi salud es utilizada o divulgada, ya no está protegida por la ley estatal o federal.

No estoy obligado a firmar esta autorización. Mi tratamiento, pago, elegibilidad de beneficios o actividades de inscripción no están supeditados a la firma de este formulario.

Entiendo que, a menos que se revoque debidamente, esta autorización no tiene fecha de vencimiento. Entiendo que puedo retirar este permiso en cualquier momento para prohibir el uso futuro de mi imagen (o la de mi hijo/a) y/o información. Para hacerlo, debo enviar una notificación por escrito al Oficial de Privacidad del hospital de RWJBH. Sin embargo, entiendo que este retiro sólo afectaría el uso y la divulgación futuras de mi información, fotografías e imágenes, que no han sido publicadas previamente.

Nombre del paciente: _____
(primero) (inicial) (apellido)

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____
(calle)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono : _____

Para los representantes personales, por favor proporcione lo siguiente y adjunte la información de contacto.

Yo _____ afirmo que soy el agente de atención
(insertar su nombre)

médica / tutor / sustituto / padre del paciente anterior.
(marque con un círculo)

Firma del representante personal: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Si usted es el agente o tutor de atención médica, proporcione una prueba de su autoridad para actuar en nombre del paciente.