



AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS DE PACIENTES, ESTUDIOS DE IMÁGENES Y/O MATERIAL DE ARCHIVO DE VÍDEO

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

dirección _____
calle Ciudad Estado código postal

Consiente la toma de fotografías, tomografías computarizadas, resonancia magnética, ultrasonido, EEG y/o material de video ("Imágenes") por el Instituto de Neurociencia Pediátrica de Nueva Jersey (NJPNI) o su designado, o partes de mi cara y cuerpo, en relación con los procedimientos neuroquirúrgicos discutidos y/o realizados por NJPNI. Entiendo que dichas Imágenes pasarán a ser propiedad de NJPNI y podrán ser retenidas, liberadas o utilizadas por NJPNI con el fin de incluirlas en cualquier medio impreso, visual o electrónico, incluyendo específicamente, pero no limitado a, sitios web, sitios y aplicaciones de redes sociales, revistas médicas y libros, con el fin de informar a la profesión médica y/o al público en general sobre procedimientos y métodos neuroquirúrgicos. Además, autorizo específicamente a NJPNI a utilizar estos datos con el fin de incluirlos en cualquier medio impreso, visual o electrónico, específicamente incluyendo, pero no limitado a, sitios web, sitios de redes sociales y aplicaciones, revistas médicas y libros, con el propósito de publicidad.

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos con respecto a la privacidad de mi información médica protegida. He recibido, leído y entiendo estos derechos como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que si bien no seré identificado por su nombre en ninguna publicación, en algunas circunstancias, las Imágenes pueden retratar características que harán que mi identidad sea reconocible. Por lo tanto, renuncio a mis derechos de información médica protegida en su aplicación a estas Imágenes.

Propondo esta autorización como decisión voluntaria. Entiendo que puedo negarme a autorizar la divulgación de cualquier información médica protegida y que mi negativa a dar su consentimiento para la divulgación de esta información impedirá la divulgación de dicha información, pero no afectará a los servicios de atención médica que actualmente recibo, o recibiré, del Instituto de Neurociencia Pediátrica de Nueva Jersey. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar y copiar la información que he autorizado a divulgar. Entiendo además que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada antes de mi revocación.

Libero y descargo el Instituto de Neurociencia Pediátrica de Nueva Jersey (NJPNI) y todas las partes que actúan bajo su licencia y autoridad de todos los derechos que pueda tener en las fotografías y de cualquier afirmación que pueda tener en relación con dicho uso en la publicación, incluyendo cualquier reclamo de pago en relación con la distribución o publicación de las Imágenes.

Certifico que he leído la autorización y liberación anteriores y que entiendo plenamente y consiente voluntariamente sus términos.

Firma de paciente

Fecha

Soy el padre, tutor o representante legal del paciente mencionado anteriormente. He leído la autorización y liberación anteriores y estoy autorizado a firmar este documento en su nombre. Doy esta autorización voluntariamente.

Firma de padres/tutores

Fecha