

|  |
| --- |
| **Autorización para usar o divulgar información médica confidencial con fines de educación médica.** |
| Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, soy el / la paciente o representante personal autorizado/a para autorizar a la Universidad de Duke, el sistema de salud de la Universidad de Duke, la Práctica Integrada en salud de Duke y otros miembros de la Empresa de Salud de Duke identificados en su aviso de prácticas de privacidad (colectivamente "Duke"), así como cualquier afiliado debidamente autorizado, subsidiados y médicos a usar, divulgar, almacenar o archivar materiales e información de salud perteneciente a mi / al paciente descrito a continuación destinados a la educación medica para profesionales de la salud.  |
| **Parte A: información del paciente** |
| Nombre del paciente: Fecha de nacimiento: Número de teléfono: |
| Dirección: |
| **Parte B: información de salud** |
| Autorizo a Duke a utilizar, divulgar, almacenar o archivar los siguientes materiales específicos e información de salud con fines de formación médica: *Marque los espacios o casillas a continuación de la información que usted apruebe específicamente.*  |
| [ ]  Información demográfica tal como su nombre, edad, ciudad, país y provincia donde reside. [ ]  Diagnóstico específico e información sobre el tratamiento, incluidas la(s) fecha(s) del tratamiento, los nombres de los proveedores y la(s) ubicación(es) de tratamiento.[ ]  Imágenes médicas, fotos y escáneres con datos de identificación directa del paciente suprimidos *\*Nota: los identificadores directos del paciente, como su nombre y número de historia clínica, se tacharán o se eliminarán (a menos que usted lo permita explícitamente), pero otros identificadores indirectos, como la fecha del servicio o las características físicas o clínicas únicas, pueden permanecer en la imagen, foto o estudio de exploración.* [ ]  Excepciones / instrucciones adicionales:  *describa* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Parte C: Actividades y fines educativos** |
| Acepto que la información de salud identificada específica de mi problema médico pueda utilizarse, divulgarse, almacenarse o archivarse para actividades educativas, entre otras: *Marque los espacios o casillas a continuación de las actividades y fines usted apruebe específicamente.* □ Publicación en revistas científicas, artículos clínicos, libros y sus correspondientes sitios web y canales de comunicación en línea.□ Presentaciones de formación médica clínica, incluida la instrucción presencial y virtual, la capacitación médica en Duke, los eventos educativos comunitarios, otras instituciones académicas y las conferencias profesionales nacionales e internacionales u otros eventos profesionales o educativos y sus respectivos canales de comunicación impresos y en línea, como sitios web o redes sociales.  |
| **Parte D: Revisión y aprobación** |
| Entiendo que, una vez que los materiales y la información de salud identificados anteriormente se utilicen o divulguen públicamente según lo dispuesto en esta autorización, Duke no podrá retener el control sobre el uso o divulgación posterior de estos materiales e información de salud por parte de terceros y también que estos materiales e información ya no pueden estar protegidos por la ley de privacidad federal o estatal. En particular, entiendo que, tras su publicación o distribución, estos materiales e información de salud pueden ser recolectados, reimpresos o retransmitidos y divulgados por otras personas o entidades que no estén relacionadas con Duke.Duke no puede limitar la cantidad de veces que otras personas o entidades pueden utilizar el material filmado para futuras publicaciones impresas o en línea o para su difusión, rara vez tiene el control final sobre el uso o redistribución de estos materiales, y no puede garantizar que otras entidades no capturen y muestren en su propio sitio web u otras plataformas de comunicación lo que he autorizado a ser divulgado por Duke anteriormente, a pesar de los derechos de autor de Duke.Entiendo que no recibiré ninguna compensación de Duke por esta autorización ni por nada de lo aquí descrito. También entiendo que mi tratamiento de atención médica o pago por servicios de atención médica en Duke no está condicionado a que yo dé esta autorización. He leído este formulario y entiendo completamente su contenido. Acepto quedar vinculado por esta autorización. Reconozco y declaro que soy el paciente cuya información de salud es objeto de esta autorización y que tengo 18 años o más o que soy el representante personal del paciente cuya información de salud es objeto de esta autorización.***Esta autorización para los fines de Duke expira al finalizar la última de las actividades educativas descritas anteriormente en las que he aceptado participar. Específicamente, la fecha de terminación ocurre al concluir la última actividad que incluye los materiales descritos anteriormente y mi información de salud.***Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, para ello debo presentar un escrito y enviarlo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Entiendo que esta revocación no afectará a los usos o divulgaciones anteriores a esta revocación. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información de salud sujeta a esta autorización mediante una solicitud por escrito que debo enviar a la dirección de arriba.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del paciente o del representante personal fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre en letra de imprenta Relación con el paciente |

Una copia firmada de este formulario se entregará al paciente o al representante personal al momento de su ejecución.