|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SR0735  Rev. 8/23 | AUTORIZACIÓN DE DUKE HEALTH ENTERPRISE PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL PARA PUBLICACIONES DE DUKE, RELACIONES CON LA PRENSA Y FINES EDUCATIVOS. | Nombre | |  | | |
| Información de contacto | | | |  |
| Médico |  | | | |
| Palabras clave | | |  | |
|  | |  | | |

Yo, el ☐ paciente o ☐ representante personal del paciente (marque uno), autorizo a la Universidad de Duke, Duke University Health System, Duke Health Integrated Practice (DHIP) y otros miembros de Duke Health Enterprise identificados en su Aviso de Prácticas de Privacidad (colectivamente "Duke"), así como a cualquier afiliado, subsidiario y médico debidamente autorizado a utilizar, divulgar, almacenar y archivar los siguientes materiales designados y la información de salud de (nombre del paciente ) al público para las actividades y propósitos descritos a continuación:

**Material específico e información de salud a ser usada, divulgada, almacenada o archivada destinada a actividades públicas y a propósitos escritos debajo.**

**\*La información seleccionada a continuación puede incluir el nombre del establecimiento y la(s) ubicación(es) del tratamiento, a menos que se excluya específicamente en "Excepciones o instrucciones especiales".**

***(Marque todo lo que corresponda)***

□ Fotos, video, audio

☐ Información demográfica tal como su nombre, edad, ciudad, país y provincia donde reside.

☐ Diagnóstico e información sobre el tratamiento, incluidas la(s) fecha(s) del tratamiento y los nombres de los proveedores.

□ Imágenes, escáneres, radiografías no identificados (aún pueden incluir características identificatorias o procedimientos).

☐ Excepciones o instrucciones especiales:

Acepto participar o permito que mis proveedores u otro personal participen en una entrevista para que se tomen fotos o grabaciones de audio y video, y ese material y cualquier otra información de salud identificada anteriormente se puede usar, divulgar, almacenar o archivar para la realización de actividades públicas y para los propósitos marcadosa continuación:

☐ Para todos los propósitos enumerados debajo

|  |  |
| --- | --- |
| □ Medios de comunicación (como televisión, diarios, radio, podcasts, sitios web y todos los canales de redes sociales asociados) y las plataformas sociales y sitios web de Duke.  □ Mercadotecnia para médicos de Duke, incluido material impreso y electrónico. | □ Mercadotecnia de consumo, desarrollo y relaciones con la comunidad de Duke, incluidos los sitios web de Duke asociados, redes sociales y otras publicaciones y materiales  □ Educación, capacitación o ilustraciones médicas de Duke. |

Materiales comerciales de instrucción o de educación en salud por las siguientes terceras partes aprobadas por Duke.

Notas o instrucciones especiales:

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 eluso odivulgación posterior de estos materiales e información de salud por parte de terceros, incluyendo otras personas, y también que estos materiales e información pueden no estar protegidos porla ley de privacidadfederal o estatal. En particular, entiendo que, tras su publicación o distribución, estos materiales e información de salud pueden ser recolectados, reimpresos o retransmitidos y divulgadospor otras personaso entidades que no estén relacionadas con Duke.

Duke no puede limitar la cantidad de tiempo que los medios de comunicación pueden usar las imágenes para futuras publicaciones impresas o en lÍnea o para su difusión. Rara vez tiene el controlsobre eluso o la (re)distribución deese material, y nopuede garantizar que otras entidades no capturen y muestren en sus propios sitios web u otros medios de comunicación que yo he autorizado que sea divulgada porDuke anteriormente, apesar delos derechos de autor de Duke.

Entiendo queno recibiré ninguna compensación de Duke por esta autorización ni por nada de lo aquí descrito. También entiendo quemitratamiento de salud o pago por los servicios de salud prestados en Duke noestá condicionado a que yo dé esta autorización. He leído este formulario y comprendido enteramente su contenido. Acepto estar bajola obligación deesta autorización. Reconozco ydeclaro que soy el paciente cuya información médica es objeto de esta autorización y que tengo 18 años o más, o que soy el representantepersonal del paciente cuya información médica es objeto de esta autorización.

Esta autorización para los fines de Duke expira al finalizar la última de las actividades descritas anteriormente en las que he aceptado participar. Específicamente, la fecha de finalización ocurre al concluir la última actividad que incluye los materiales descritos anteriormentey mi informaciónmédica.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, para ello debo presentar un escrito y enviarlo a

**Gestión de Información Sanitaria de DUHS, DUMC Box 3016, Durham, NC 27710; or ROI-requestor3@dm.duke.edu**.

Entiendo que esta revocación no afectará a los usos o divulgaciones anteriores a dicha revocación. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información médicasujeta a esta autorización haciendo unasolicitud por escrito y enviándola a la dirección arriba indicada.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FIRMA del paciente o del representante personal |  | Fecha |  | Hora |
| NOMBRE EN LETRA IMPRENTA |  | RELACIÓN CON EL PACIENTE | | | |