

**PERMISO DEL PACIENTE PARA UTILIZAR  
IMÁGENES E INFORMACIÓN MÉDICA  
EN NOTICIAS O MATERIALES DE PROMOCIÓN**

**(Patient Permission to Use Images and Medical Information  
in News Stories or Promotional Materials)**

PATIENT NAME:	LAST	FIRST
MEDICAL RECORD NUMBER		
DATE OF BIRTH	SEX	M F

PLEASE ATTACH DEMOGRAPHIC LABEL OR FILL IN ABOVE INFORMATION

UCLA se compromete a proteger la privacidad de la información médica de sus pacientes. Es por ello que debemos obtener su consentimiento por escrito para poder fotografiarla o revelar datos sobre su atención médica para su uso en noticias o materiales de promoción. Revise los siguientes datos y asegúrese de que sus preguntas sean respondidas por completo por un oficial de comunicaciones del sistema de salud UCLA antes de firmar este formulario. Usted tiene derecho a recibir una copia firmada.

**PREGUNTAS MÁS FRECUENTES**

**¿Quién divulgará mi información médica?** Sólo usted y su equipo de proveedores de atención médica pueden proporcionar datos sobre su caso a un oficial de comunicaciones del sistema de salud UCLA.

**¿Quién utilizará mi información?** Un oficial de comunicaciones del sistema de salud UCLA puede compartir sus imágenes o su información con periodistas o el público con fines promocionales, por ejemplo, en publicidades, folletos, páginas web, publicaciones o noticias.

**¿Qué sucede después de que mis fotografías y mi información se publican?** Es importante comprender que, una vez que las historias, las fotografías, el audio y el video pasan al dominio público, otros medios informativos también pueden utilizarlos. Por ejemplo, las fotografías y las historias del diario *Los Angeles Times* con frecuencia son tomadas por los cables de noticias, reimpresas en otros diarios y sitios web, y transmitidas por las estaciones de radio y televisión.

Antes de firmar este formulario, asegúrese de sentirse cómodo con la cantidad de reconocimiento público que usted puede recibir. UCLA Healthcare no puede controlar cómo o durante cuánto tiempo los medios informativos utilizarán o distribuirán su información, sus fotografías y sus videos para futuras historias. Tampoco le podemos garantizar que otras organizaciones no mostrarán sus imágenes o su información pública en sus propios sitios web.

**No estoy seguro de querer que mi información sea pública. ¿Tengo que firmar este formulario?** Absolutamente no. Firmar este formulario es su decisión y no afectará la atención médica, las tarifas ni los beneficios del seguro que usted recibe.

**¿Puedo retirar mi consentimiento?** Usted puede cancelar o revocar su autorización en cualquier momento escribiendo a UCLA Health Sciences Media Relations, 924 Westwood Blvd., Suite 350, Los Angeles, CA 90095. No obstante, si ya utilizamos la información y la divulgamos según lo establece la autorización, no podremos revocar su autorización.

**PERMISO DEL PACIENTE PARA UTILIZAR  
IMÁGENES E INFORMACIÓN MÉDICA  
EN NOTICIAS O MATERIALES DE PROMOCIÓN**

**(Patient Permission to Use Images and Medical Information  
in News Stories or Promotional Materials)**

PATIENT NAME:	LAST	FIRST
MEDICAL RECORD NUMBER		
DATE OF BIRTH	SEX	M F

PLEASE ATTACH DEMOGRAPHIC LABEL OR FILL IN ABOVE INFORMATION

**¿Cuándo vence mi consentimiento?** A menos que usted especifique lo contrario, este formulario vence el \_\_\_\_\_. Si no se establece una fecha, su consentimiento vence a los 12 meses de la fecha de su firma.

**Enumere la información específica que usted NO quiere divulgar:**

**Tipo de actividad:** (debe ser completado por el personal de comunicaciones)

Usted acepta participar en una entrevista, proporcionar detalles sobre su atención médica y/o permitir que le tomen fotografías y realicen grabaciones de audio o video de usted para:

- Folletos o publicaciones del sistema de salud UCLA
- Sitio(s) web del sistema de salud UCLA
- Historias relacionadas al sistema de salud UCLA en los medios informativos, incluidos diarios, televisión, radio, revistas y publicaciones en línea
- Marketing*/publicidad del sistema de salud UCLA, incluido el posible almacenamiento en archivos de fotografías o videos para futuros fines promocionales
- Otro:

**Firma**

He leído este formulario y he recibido respuestas a todas mis preguntas. Mi firma confirma que comprendo y acepto todas las condiciones mencionadas anteriormente y autorizo el uso de mis imágenes y mi información privada de salud por parte del sistema de salud UCLA.

\_\_\_\_\_  
Firma (Paciente o tutor)

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente  
en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Teléfono(s)

\_\_\_\_\_  
Domicilio postal

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante de  
UCLA en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha