

MRN: Nombre del paciente:  (Etiqueta Del Paciente)
---

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN MEDIOS | ACTIVIDADES DE MARKETING (ADULTOS, MENORES Y PUIPILOS)**

Consent to Participate in Media | Marketing Activities (Adults, Minors and Wards)

**TIPO DE PARTICIPANTE**

Paciente  Otros: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD** (marque todas las que corresponda):

Entrevista  Fotografía  Grabación de audio  Filmación o grabación de vídeo  
 Otros: \_\_\_\_\_

**TIPO DE USO**

Por un representante de UCLA Health  Otro: \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

Departamento de UCLA Health: \_\_\_\_\_

**PARA FUTUROS PROYECTOS, AUTORIZO LO SIGUIENTE** (seleccione uno):

UCLA puede reutilizar la imagen o el parecido del participante para otros proyectos (Inicial: \_\_\_\_\_)  
 UCLA debe solicitar el consentimiento antes de reutilizar la imagen o el parecido del participante para otros proyectos (Inicial: \_\_\_\_\_)

Entiendo que esta autorización es voluntaria. Si el participante es un paciente de UCLA Health, entiendo que su capacidad para recibir servicios de atención médica, elegibilidad para beneficios o reembolso por servicios no está condicionada a la firma de esta autorización.

Entiendo que todos los negativos, impresiones, reproducciones digitales, grabaciones y cintas de vídeo serán propiedad de UCLA y no se me devolverán a mí ni al participante.

Puedo cancelar o revocar mi autorización en cualquier momento escribiendo a:

[UCLAHealthNews@mednet.ucla.edu](mailto:UCLAHealthNews@mednet.ucla.edu)

**O**  
 UCLA Health Media Relations  
 10960 Wilshire Blvd., Suite 1955  
 Los Ángeles, CA 90025

La revocación será efectiva una vez recibida, excepto en la medida en que UCLA u otros ya hayan confiado en ella. Si los elementos multimedia ya se han compartido, puede que no sea posible recuperarlos.

MRN:  
Nombre del paciente:  
  
(Etiqueta Del Paciente)

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN MEDIOS | ACTIVIDADES DE MARKETING (ADULTOS, MENORES Y PUPILLOS)**

Consent to Participate in Media | Marketing Activities (Adults, Minors and Wards)

He leído este formulario, y todas mis preguntas han sido respondidas. Por la presente, acepto eximir a UCLA y a aquellos que actúen de acuerdo con sus respectivas autoridades de responsabilidad por cualquier violación de cualquier derecho personal o de propiedad que yo, o el participante, pueda tener en relación con el uso de la imagen o imagen del participante para la actividad descrita anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre o tutor  
*(Signature of patient, parent or conservator)*      Fecha *(Date)*      Hora *(Time)*

Si no está firmado por el paciente, indique la relación o el tutor: \_\_\_\_\_  
*(If not signed by patient, indicate relationship or guardian)*

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante de UCLA  
*(UCLA Representative Name)*

\_\_\_\_\_  
Firma de representante de UCLA  
*(UCLA Representative Signature)*

\_\_\_\_\_  
Fecha *(Date)*      Hora *(Time)*