

PATIENT AUTHORIZATION FOR USE & DISCLOSURE OF PHI FOR MARKETING PURPOSES & USE OF LIKENESS



FINALIDAD DEL CONSENTIMIENTO

MaxHealth crea y mantiene información sobre sus pacientes con el fin de comercializar sus servicios para los pacientes existentes y potenciales, así como para proveer información general de salud y con propósitos educativos. Esta información, que se denomina información médica protegida (Protected Health Information, PHI), está sujeta a ciertas protecciones de privacidad en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Al firmar este formulario de autorización, usted autoriza a MaxHealth a usar y divulgar su PHI, según se establece a continuación.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN

1. Autorizo a MaxHealth a usar y divulgar la PHI a continuación:

Mi nombre completo, edad, ciudad y estado de residencia, información biográfica, número de teléfono, dirección postal y dirección de correo electrónico, para comunicarse conmigo acerca de los productos, servicios, eventos comunitarios u otra información general de salud de MaxHealth.

MaxHealth también está autorizado a usar y divulgar al público en general mi testimonio, declaraciones verbales o escritas, citas, imagen, fotografías, nombre, imágenes pictóricas, publicaciones en redes sociales, información biográfica u otra imagen mía en medios de comunicación internos y externos, incluidos los sitios web y las cuentas de redes sociales en conjunto con los esfuerzos comerciales, el mercadeo, los anuncios, las actividades promocionales, la publicidad, los materiales o los programas de MaxHealth.

2. Entiendo que MaxHealth no recibirá compensación financiera por el uso de mi PHI. También reconozco que no recibiré ningún pago ni otra compensación de parte de MaxHealth por el uso de mi PHI.

3. MaxHealth está autorizado a divulgar mi PHI a las personas o entidades a continuación:

Al público en general a través de los medios de comunicación internos y externos (no pertenecientes a MaxHealth), incluidos, entre otros, la televisión, la radio, los periódicos, la internet, las publicaciones, los sitios web y las cuentas de redes sociales.

4. Autorizo a MaxHealth a usar y divulgar mi PHI para los fines siguientes:

Mercadeo, publicidad y promoción de los servicios de MaxHealth al público en general a través de los medios de comunicación internos y externos (no pertenecientes a MaxHealth), incluidos, entre otros, la televisión, la radio, el periódico, la internet, las publicaciones, los sitios web y las cuentas de redes sociales, así como a través de la comunicación con pacientes existentes y potenciales.

5. Reconozco que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización y que MaxHealth no puede condicionar la prestación de atención médica por la firma de esta autorización. Puedo revocar esta autorización presentando mi solicitud por escrito a MaxHealth. Entiendo que dicha revocación no se aplicará a las acciones ya tomadas o a las comunicaciones ya realizadas por MaxHealth antes de mi revocación. Si no revoco esta autorización, la misma caducará a los 50 años de la fecha de la firma que figura a continuación.

6. Entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación y puede dejar de estar protegida por las normas de privacidad de la HIPAA.

Al firmar esta autorización, reconozco que leí y comprendo la información anterior. Además, reconozco que he firmado este consentimiento de forma voluntaria.

PACIENTE

Nombre en letra de imprenta *Firma* *Fecha*

Dirección de correspondencia

Correo electrónico *Número de teléfono*

REPRESENTANTE PERSONAL

Nombre en letra de imprenta *Firma* *Fecha*

Relación con el paciente

EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

Nombre del padre/tutor legal *Firma* *Fecha*