



Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente), por medio de la presente autorizo a Virginia Mason Memorial a usar y/o revelar mi información de salud, así como se especifica a continuación, a:

- Reporteros para medios de comunicación local, estatal y nacional, emisoras de televisión, estaciones de radio, sitios de internet y medios sociales.
- El departamento de comunicaciones y mercadotecnia de Virginia Mason Memorial o cualquier persona autorizada por el Hospital Memorial del Valle de Yakima con fines de mercadotecnia y promoción.

Al anotar mis iniciales en los espacios a continuación, autorizo específicamente el uso y/o divulgación de la siguiente información de salud:

\_\_\_ Todas las fotografías, video, audio y/o testimonios impresos que se me hayan tomados en la fecha de este comunicado.

\_\_\_ Información sobre mis lesiones específicas o condición médica.

\_\_\_ Mi diagnóstico

\_\_\_ Mi edad

\_\_\_ Mi ciudad, condado o estado de residencia.

\_\_\_ La fecha y la hora esperada de mí dada de alta o mí salida del hospital.

\_\_\_ Información necesaria para realizar una entrevista conmigo en el hospital.

Entiendo que todas y cada una de las reproducciones de materiales, incluyendo mi imagen, voz, condición (así como se señaló anteriormente) o testimonio personal obtenido en la fecha de este comunicado, sigue siendo propiedad, exclusiva y completamente de Virginia Mason Memorial, para ser utilizadas exclusivamente para la promoción de Virginia Mason Memorial y su familia de servicios sin compensación adicional para mí.

Entiendo que al firmar abajo estoy anulando cualquier elección anterior para “optar por no divulgar” mi información de salud para los propósitos expresados anteriormente.

Entiendo que los representantes de los medios de comunicación no están cubiertos por las regulaciones federales de privacidad y que mi información de salud puede ser revelada y ya no estar protegida por estas regulaciones.

Además entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que al negarme a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios.

Por último, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito. Entiendo que la información divulgada entre la fecha de vigencia de esta autorización y la fecha de revocación puede seguir siendo utilizada en el dominio público.

---

Nombre(s) impreso del paciente

Fecha

---

Firma del paciente o representante del paciente (Padre/tutor)

---

Nombre impreso del representante personal (si aplica)

Parentesco con el paciente