

INVESTIGACIÓN: AUTORIZACIÓN/CESIÓN DE FOTOGRAFÍAS O GRABACIONES DE AUDIO/VIDEO

Nombre del Paciente: _____ Los últimos 4 dígitos del Seguro Social: _____

Número de Historial Médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Yo, _____, autorizo a la Universidad de Miami, Departamento de _____ a tomar fotografías, hacer grabaciones de audio y/o video de mí/ (mi hijo) y autorizo la divulgación y publicación de toda información médica protegida o cualquier otro dato personal identificativo relacionado con tal actividad (según corresponda), para cualquier fin, según se indica a continuación **(por favor lea, marque la casilla que corresponda y describa la actividad o indique la publicación en el espacio que aparece a continuación de la autorización correspondiente).**

- Publicación(es) o con cualquier otro objetivo de difusión, promoción, publicidad o comercial: _____
- Capacitación médica, educación, reuniones científicas o publicaciones científicas, lo que incluye revistas profesionales y libros de medicina: _____
- Otro: _____

Por el presente renuncio a todo reclamo, derecho e intereses que pueda tener sobre tal fotografía o grabación de audio o video, o uso de los mismos. Acuerdo que la Universidad de Miami, los miembros del consejo de administración, los funcionarios, los empleados, los estudiantes, el cuerpo docente o los agentes no tendrán responsabilidad alguna por los reclamos que surjan de la toma/realización o el uso que se describe anteriormente de tales fotografías y/o grabaciones de audio o video, y que no tendré beneficio alguno como consecuencia del uso de tales fotografías o videos. Entiendo que no tendré la oportunidad de revisar y aprobar tales fotografías o videos antes de que sean usados y que la Universidad de Miami será dueña de tales fotografías y/o videos. Confirmando que tales fotografías y/o videos se tomaron y grabaron con mi conocimiento y previo consentimiento.

Lugar de la Actividad Día de la Visita

Descripción de las fotografías o grabaciones de audio/video, a los fines de identificarlas Si necesita más espacio, escriba en el reverso y marque esta casilla

Firma del Paciente Nombre del Paciente Fecha

Testigo Nombre del Testigo Fecha

Representante del Paciente/Relación Nombre del Representante Personal Fecha

Fecha de Nacimiento del paciente *(si es menor de 18 años o no tiene capacidad jurídica)*

Name of Department Representative Department Dept. Phone Number

University of Miami – Office of HIPAA Privacy & Security
PO Box 019132 (M-879) hipaaprivacy@med.miami.edu
Miami, FL 33101 305-243-5000 1-866-366-4874

**AUTHORIZATION/RELEASE FOR PHOTOGRAPHY
OR AUDIO/VIDEO RECORDINGS (SPANISH)**

Form
D3900055S
Research
Revised
2/23/10

NAME: _____

MRN: _____

LAST 4 DIGITS OF SSN: _____

DOB: _____

DATE: _____ TIME: _____

