

**This portion should be completed by the Children's employee facilitating consent.**

Employee name and department:

Event and location:

Patient description:

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA (PACIENTE & FAMILIA)

### AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y OTRA INFORMACION PERSONAL Y/O USO PÚBLICO DE IMÁGENES (FOTOGRAFÍAS O VIDEOS) PARA FINES DE PROMOCIÓN DE MARKETING, COMUNICACIÓN Y RELACIONES PÚBLICAS

Por medio de la presente autorizo a Children's Healthcare of Atlanta Inc. (de aquí en adelante llamado "Children's"), sus afiliados, medios de comunicación, organizaciones comunitarias y/o terceros que prestan servicios a Children's a tomar y usar imágenes (fotografías o videos) o grabaciones de sonido de mí y/o el paciente menor/persona nombrada a continuación, para quienes doy mi consentimiento (de aquí en adelante llamado el "Paciente"), y divulgar dicha información en cualquier medio de comunicación de Children's y/o terceros, incluyendo radio, televisión, internet, redes sociales o prensa escrita. Tengo conocimiento de que el uso que Children's pretende dar a esas imágenes o información tendrá fines publicitarios, de marketing, de recaudación de fondos o de promoción.

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información protegida de salud sobre el tratamiento del paciente en Children's que se ha obtenido en entrevistas con la familia, los médicos y el personal del hospital, o de la historia clínica del paciente. Por la presente renuncio al derecho o interés de la confidencialidad de esta información o imágenes tomadas que se divulgarán al público, tal como se detalla en esta autorización. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede llegar a ser divulgada nuevamente, y dejar de estar protegida por cualquier norma federal o estatal de privacidad.

Reconozco que este consentimiento y autorización para la divulgación de información confidencial se realiza únicamente para el beneficio de Children's y sin ninguna expectativa de compensación u otro beneficio para el paciente o su familia. Aunque es poco probable, Children's puede recibir una remuneración directa o indirecta de un tercero. En la medida en que cualquier beneficio se acumule o pueda acumularse para Children's por el uso de imágenes o la divulgación de información, por la presente y en forma permanente renuncio a cualquier interés o reclamación de dichos beneficios.

Por el presente libero y exonero en forma permanente a Children's (y esto incluye, a título enumerativo y no enunciativo, a todos los afiliados corporativos y funcionarios, directores, fideicomisarios, empleados, personal de atención médica y representantes) de toda y cualquier reclamación, obligación, acción judicial, juicio, demanda, costos, gastos o deudas que surjan a partir de o se relacionen con, o tengan algún tipo de vinculación con el uso de imágenes o divulgación de la información o materiales que aquí se describe, y por la presente renuncio a todos los derechos e intereses de dicha información y materiales.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, ya que es estrictamente voluntaria y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios no puede estar condicionados a que yo firme esta divulgación. Me han informado sobre el carácter voluntario de esta autorización y de que la misma está sujeta a revocación en cualquier momento, con excepción de las acciones que ya se hayan tomado de acuerdo con esta autorización, mediante notificación por escrito a Children's a la dirección [mediaconsents@choa.org](mailto:mediaconsents@choa.org).

Caducidad:

- Consentimiento es continuo hasta que el paciente alcance la mayoría de edad (18 años) a menos que sea revocado.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o menor (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente o menor

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/Tutor legal/Paciente si tiene 18 años o más

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Tutor legal/Paciente si tiene 18 años o más

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Código postal

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

\*Completed paper forms must be inputted into online consent portal at [choa.org/consent](http://choa.org/consent) by a Children's employee **within 24 hours**. Paper forms should be hand-delivered or sent via interoffice mail addressed to Public Relations Team at 1575 Northeast Expressway, Atlanta, GA 30329 **within three business days**.