



Promueve y provee servicios médicos de calidad innovadores, prevención y educación para nuestras comunidades.

281 LaClair Street, Coos Bay, OR 97420
t. 541-266-6700 • f. 541-888-8726
Retransmisión de mensajes de TTY- 711

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR PHI - FOTOGRAFÍAS, REDES SOCIALES, TESTIMONIOS

Fecha de hoy: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Nombre del tutor legal/representante: _____

Agradecemos que usted desee facilitarnos su información, testimonio o comentario sobre su experiencia o la atención que recibió de nosotros. Con su permiso y autorización, podríamos usar su información en los materiales impresos, nuestro sitio web, las redes sociales que creamos y podríamos compartirla con los medios de comunicación. Por favor, entienda que esto puede implicar el uso o divulgación de su información protegida por la ley federal de privacidad de información médica que requiere su autorización previa. Nosotros solamente usaremos o divulgaremos la información que usted autorice. Podríamos responder a un comentario que usted publique en las redes sociales que mantenemos o agradecerle por su testimonio. Si le respondemos o agradecemos, no usaremos ni divulgaremos ninguna información que usted no haya autorizado previamente. Este formulario explica su autorización. Por favor, úselo para autorizar a Coos Health & Wellness a usar o divulgar su información. Nosotros proveemos una copia para usted.

AUTORIZACIÓN

Yo autorizo a Coos Health & Wellness a usar y divulgar la información descrita en la sección 1 de este formulario para publicar una información, testimonio o comentario sobre mi experiencia o la atención que he recibido. Esto incluye la publicación de mi comentario en las redes sociales mantenidas por o para Coos Health & Wellness. Mi autorización para usar mi información se extiende a cualquier persona que trabaje en nombre de Coos Health & Wellness para crear o mantener los materiales en cualquier formato que podrían incluir mi información, testimonio o comentario, incluyendo entre otros, materiales impresos, sitios web y redes sociales. Yo autorizo a Coos Health & Wellness para responder a cualquier comentario o testimonio provisto por mí, siempre y cuando su respuesta no use ni divulgue ninguna información médica protegida que no sea la información descrita en esta autorización.

1. Descripción de la información usada o divulgada

Para su comodidad, usted puede marcar una o varias casillas que describen la información que se usará o divulgará en su comentario o testimonio.

- Mi fotografía Mi nombre Un comentario Solamente mis iniciales
- Mi historia escrita por o para mí Grabaciones sobre mí (video o audio)
- Por favor describa cualquier otra información: _____

2. Identificación de las personas para quienes puede hacerse el uso o divulgación de la información descrita en la sección 1

La información descrita anteriormente podrá usarse o divulgarse al público en general que podría ver o leer la información en los materiales creados por o para Coos Health & Wellness, incluyendo entre otros, fotografías, videos, materiales impresos, sitios web y redes sociales.

3. Propósito

El propósito de esta autorización es permitir que Coos Health & Wellness use o divulgue la información descrita en la sección 1 para propósitos de relaciones públicas y mercadeo mediante su publicación en cualquier medio que crea o se cree en su nombre, incluyendo entre otros, su sitio web, redes sociales, sitio web de redes sociales, boletines, materiales impresos y comunicados de prensa. Coos Health & Wellness no recibirá ningún pago o remuneración financiera de nadie por usar o divulgar esta información.

4. Fecha de expiración de esta autorización

Esta autorización será válida, a menos que se revoque antes por escrito, por 1 año a partir de la fecha de la autorización.

Yo entiendo que:

1. Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando a Coos Health & Wellness un aviso sobre mi revocación por escrito. CHW proveerá un formulario para hacer mi revocación, pero no tengo que usar este formulario para hacer mi revocación por escrito.
2. Mi revocación de esta autorización no se aplicará a la información que fue usada o divulgada según lo permitido por esta autorización antes de notificar mi revocación por escrito a CHW.
3. CHW no puede condicionar mi tratamiento o pago, inscripción o elegibilidad para beneficios en base a que yo firme esta autorización.
4. La información divulgada en virtud de esta autorización podrá divulgarse de nuevo por las personas que la reciben y ya no estará protegida por la ley federal de privacidad de información médica.
5. Yo tengo el derecho de pedir y recibir una copia de esta autorización.
6. No recibiré ningún pago o remuneración financiera por la información que yo autorizo a CHW a usar y divulgar mediante esta autorización.

Entiendo esta autorización y doy mi consentimiento para el uso o divulgación de mi Información Médica Protegida para testimonios y medios sociales, la firmé voluntariamente y recibí una copia.

Firma del individuo

(La persona a quien se refiere la información)

O, si corresponde*

Fecha: _____

* Firma del tutor legal o representante personal

Fecha: _____

Descripción de la autoridad que actuará por el individuo

To be completed by CHW Staff only:

Identity of the Individual verified **OR** Identity, Authority to Represent Individual verified

Received and Confirmed for CHW by:

Employee Name/Title

Employee Signature

Date

Authorization Expiration Date: _____