

## Autorización Para Divulgar Información Médica/Formulario De Divulgación A Los Medios

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### EL ABAJO FIRMANTE DA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN ESPECIFICADA A CONTINUACIÓN:

<b>DE</b>	<b>Nombre de la Organización o Persona para DIVULGAR información:</b> MidState Pulmonary, 300 20th Avenue North, Suite G4, Nashville, TN 37203
<b>A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuos involucrados en la capacitación en MidState Pulmonary</li> <li>• Los medios de comunicación, incluidos, entre otros, periódicos, televisión, radio y otros medios impresos o electrónicos (los "Medios")</li> <li>• El público en general para su uso en materiales de marketing de MidState Pulmonary</li> </ul>

### LA INFORMACIÓN SE SOLICITA CON LA SIGUIENTE FINALIDAD:

Materiales de entrenamiento     Comunicarse con los medios     Marketing de MidState Pulmonary

Otra (especificar) \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito a:  
MidState Pulmonary, 300 20th Avenue North, Suite G4, Nashville, TN 37203

Entiendo que la revocación no se aplicará si MidState Pulmonary ya ha divulgado mi información.

Entiendo que MidState Pulmonary no puede exigirme que firme esta autorización como condición para brindar tratamiento u obtener el pago del mismo.

Entiendo que el material divulgado como resultado de esta autorización puede estar sujeto a una nueva divulgación y ya no estará protegido por las leyes que se aplican a la divulgación de información médica. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a:

Esta autorización expirará de la siguiente manera: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN A SER DIVULGADA:

**Fechas De Tratamiento:** \_\_\_\_\_

**Tipo De Tratamiento:**  Sala de emergencias     Paciente interno     Paciente externo

Nombre, lugar de tratamiento y condición tratada

Detalles específicos y resultados del tratamiento proporcionado

Declaración testimonial o entrevista

Imagen o semejanza fotográfica o videográfica

*El abajo firmante también transfiere y otorga a MidState Pulmonary el derecho exclusivo de usar y autorizar a otros a usar la totalidad o parte de mi (su) entrevista/fotografía/videografía en medios relacionados como libros, revistas, diarios, folletos, y otros formatos escritos y de video. El abajo firmante también libera por la presente a MidState Pulmonary y sus directores, sus miembros, fideicomisarios, funcionarios, empleados y agentes, de todos y cada uno de los reclamos, demandas, causas de acción y juicios, incluidos, entre otros, reclamos por invasión de la privacidad, difamación, incumplimiento de contrato u otro incumplimiento del deber que surja de o en relación con el uso de esta entrevista, fotografía o video.*

\_\_\_\_\_  
Firma De La Paciente / Firma Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha De Firma

\_\_\_\_\_  
Firma De Otra Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Relación Con La Paciente / Relación Con El Paciente

*La autorización debe estar firmada por el padre o tutor legal de cualquier paciente menor de 18 años, el tutor legal de cualquier paciente bajo tutela. Si el paciente es menor de 18 años y los registros están protegidos por la ley federal (42 CFR Parte 2) con respecto al abuso de drogas y alcohol, la autorización debe estar firmada por el paciente y el padre o tutor legal. Los menores emancipados pueden firmar por sí mismos.*