



**AUTHORIZATION TO USE
OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION TO
PUBLISH OR PHOTOGRAPH RELEASE**

PATIENT	Name (print): _____	Treatment (procedures, dates, conditions, etc.): _____ _____ _____ _____ _____
	Address: _____	
	City/State/Zip: _____	
	Phone: _____	
	Email: _____	
RESPONSIBLE BANNER MEDIA OR MARKETING REPRESENTATIVE	Name: _____	_____ _____ _____ _____
	Title: _____	
	Date: _____	
	Phone: _____	

Check one:

- ☐ I am the Identified Individual listed above and I am providing this authorization on my own behalf, OR
- ☐ I am the legally authorized personal representative of the Identified Individual listed above and make this authorization on the Identified Individual's behalf.

The Undersigned hereby authorizes Banner Health or its designated representatives:

To use, disclose, disseminate, display, or broadcast in any media the following "Materials" with respect to the Identified Individual, for any purpose, including in connection with any electronic, digital, or print publications (including but not limited to advertising, newspapers, television or radio broadcasts, blogs, books, brochures, magazines, motion pictures, video production, websites, podcasts, or social media) for publicity, scientific or educational purposes in such manner, at such times and in such places as Banner Health or the person authorized by Banner Health shall determine. **Initial all provisions that apply.**

_____ Name and Protected Health Information created or maintained by Banner Health, including but not limited to the Identified Individual's diagnosis, treatment, procedures, care or recovery ("Treatment")

_____ Photographic, video or audio information associated with the Identified Individual's Treatment

_____ Quotes or statements by the healthcare professionals involved in the Identified Individual's Treatment

_____ Any quotation or comment made by the Identified Individual orally or in writing and provided with my permission to Banner Health or provided directly to Banner Health for any marketing or media purpose

I am aware that the information related to the Treatment may include, if necessary to the topic, sensitive information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), human immunodeficiency virus (HIV), and other communicable diseases, behavioral health care, psychiatric care, treatment of alcohol or drug abuse and genetic testing.

I understand that Banner Health's characterization of the details of the Treatment may differ substantially from my own beliefs or those of the Identified Individual.

I understand that I may refuse to sign this authorization and that Banner Health will not change or deny treatment based on my signing or not signing this authorization.

I understand that if information is disclosed to a third person, the information may no longer be protected by state or federal privacy law and may be reused or re-disclosed by the person or organization that receives the information.

I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action based on this authorization has already been taken.

This authorization shall be valid for ten years from the date of signature below or earlier if state law requires, unless I revoke it by providing revocation in writing to the following address:

Banner Health
ATTN: Marketing & Public Relations Department
2901 N. Central Ave., Suite 160
Phoenix, Arizona 85012

NOTICES AND RELEASE OF LIABILITY:

I agree to hold harmless and fully release Banner Health, its employees, agents, and representatives from any legal responsibility or liability for disclosure of the Materials to the extent indicated and authorized herein.

I understand that the Materials and derivative works will not be submitted to me or the Identified Individual for approval or notice before Banner Health uses the Materials as authorized pursuant to this authorization.

I understand that I will not be paid or receive any royalties, fees, or other compensation in connection with Banner Health's use of the Materials as authorized pursuant to this authorization.

THIS IS A LEGAL DOCUMENT. PLEASE READ CAREFULLY.

Signature of the Identified Individual

Date

Signature of Legal Representative or Parent (If under 18 years)

Relationship to and description of Authority to Act for Identified Individual



1202 Use/Disclose PHI



**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE
SALUD PROTEGIDA PARA PUBLICAR O USAR FOTOGRAFÍAS**
**AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH
INFORMATION TO PUBLISH OR PHOTOGRAPH RELEASE**

PACIENTE	Nombre (letra de molde): _____	Tratamiento (procedimientos, fechas, enfermedades, etc.): _____ _____ _____ _____
	Dirección: _____	
	Ciudad/Estado/C.P.: _____	
	Teléfono: _____	
	Email: _____	
RESPONSABLE DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN O REPRESENTANTE DE MARKETING	Nombre: _____	_____ _____ _____ _____
	Título: _____	
	Fecha: _____	
	Teléfono: _____	

Marque uno:

- ☐ Soy la persona identificada arriba indicada y doy esta autorización en mi nombre, O
- ☐ Soy el representante personal legalmente autorizado de la persona identificada arriba y doy esta autorización a nombre de esta persona.

Por la presente, el que suscribe autoriza a Banner Health o a sus representantes designados a:

A usar, divulgar, disseminar, mostrar o emitir en cualquier medio los siguientes "Materiales" con respecto a la persona identificada, para cualquier fin, incluso en relación con cualquier publicación electrónica, digital o impresa (incluidos, entre otros, publicidad, periódicos, programas de televisión o radio, blogs, libros, folletos, revistas, películas, producciones de video, sitios web, podcasts o medios sociales) con fines publicitarios, científicos o educativos de la manera, en el momento y en el lugar que Banner Health o la persona autorizada por Banner Health determine. **Ponga sus iniciales en todas las secciones que correspondan.**

____ Nombre e Información Médica Protegida creada o conservada por Banner Health, incluidos, entre otros, el diagnóstico de la persona identificada, tratamiento, procedimientos, atención o recuperación "Tratamiento")

____ Información fotográfica, de video o de audio relacionada con el Tratamiento de la persona identificada

____ Citas o declaraciones de los profesionales de atención médica profesionales de la atención médica involucrados en el Tratamiento

____ Cualquier cita o comentario realizado por la persona identificada verbalmente o por escrito y proporcionada con mi permiso a Banner Health o proporcionada directamente a Banner Health para cualquier fin de marketing o de medios de comunicación

Estoy consciente de que la información relacionada con el Tratamiento puede incluir, si es necesario para el tema, información sensible relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades contagiosas, atención médica del comportamiento, atención psiquiátrica, tratamiento del abuso de alcohol o drogas y pruebas genéticas.

Entiendo que la caracterización de Banner Health de los detalles del Tratamiento puede ser muy diferente de mis propias opiniones o de las de la persona identificada.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que Banner Health no cambiará ni negará el tratamiento basándose en el hecho de que firme o no esta autorización.

Entiendo que si la información se divulga a una tercera persona, es posible que la información ya no esté protegida por la ley de privacidad estatal o federal y puede ser reutilizada o divulgada nuevamente por la persona u organización que reciba la información.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.

Esta autorización será válida durante diez años a partir de la fecha de la firma que figura a continuación o antes si así lo necesita la ley estatal, a menos que la revoque enviando la revocación por escrito a la siguiente dirección:

Banner Health
ATTN: Marketing & Public Relations Department
(Departamento de Marketing y Relaciones Públicas)
2901 N. Central Ave., Suite 160
Phoenix, Arizona 85012

AVISOS Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Acepto liberar de toda responsabilidad y eximir totalmente a Banner Health, sus empleados, agentes y representantes de toda responsabilidad legal u obligación por la divulgación de los Materiales en la medida indicada y autorizada en el presente documento.

Entiendo que los Materiales y trabajos derivados no me serán presentados a mí o a la persona identificada para su aprobación o notificación antes de que Banner Health use los Materiales según lo autorizado conforme a esta autorización.

Entiendo que no se me pagarán ni recibiré regalías, honorarios ni ninguna otra compensación en relación con el uso por parte de Banner Health de los Materiales según lo autorizado en virtud de esta autorización.

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL. Léalo cuidadosamente.

Firma de la persona identificada

Fecha

Firma del representante legal o de los padres (si es menor de 18 años)

Relación y descripción de la autoridad para actuar a nombre de la persona identificada



1202 Use/Disclose PHI

1202SP
(06/2025)