



**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**

<input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> MODELO <input type="checkbox"/> OTRO	Nombre (letra de molde): _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/C.P.: _____ Teléfono: _____ Email: _____	Objetivo: _____ _____ _____ _____
CENTRO DE BANNER HEALTH U OTRO SOLICITANTE	Nombre de la entidad: _____ Dirección: _____ Ciudad/Estado/C.P.: _____ Teléfono: _____	Fechas del tratamiento autorizado para la divulgación o discusión: _____ _____ _____

Marque uno:

- Yo soy la persona identificada anteriormente, y doy mi autorización a mi nombre, O
- Yo soy el representante autorizado legalmente de la persona identificada anteriormente y doy esta autorización a nombre de esta persona.

**La persona que «rma al calce autoriza, por medio de la presente, a Banner Health o a la entidad autorizada a lo siguiente: (ponga sus iniciales en todas las opciones que correspondan)**

1. \_\_\_\_ Usar el nombre de la persona identificada en cualquier publicación electrónica o impresa (incluida pero no limitada a: periódicos, transmisión por televisión o radio, libros, folletos, revistas, películas y sitios de internet o redes sociales) para publicidad o con finalidades científicas, o educacionales de la forma, en el momento y en los lugares que Banner Health o el personal autorizado por Banner Health determinen.
2. \_\_\_\_ Usar cualquier cita y comentario hecho verbalmente o grabado por Banner Health o el solicitante anotado anteriormente sobre la persona identificada y al caso médico de esta persona.
3. \_\_\_\_ Tomar y reproducir de forma fotográfica o digital, fotografías, diapositivas y grabaciones de audio y video de la persona identificada en relación con el diagnóstico, atención y tratamiento (incluidos los procedimientos quirúrgicos) o empleo y funciones departamentales del centro mencionado antes. Banner Health será propietario de los derechos sin restricciones de todo el material producido.

4. \_\_\_\_ Usar dichas fotografías, diapositivas y grabaciones de audio y video en cualquier publicación impresa o electrónica (incluida pero no limitada a: periódicos, transmisión por televisión o radio, libros, folletos, revistas, películas y sitios de internet o redes sociales) para publicidad o con finalidades científicas, o educacionales de la forma, en el momento y en los lugares que Banner Health o el personal autorizado por Banner Health determinen.

5. \_\_\_\_ Divulgar cualquier información protegida en poder de Banner Health, incluida la información verbal expresada por los empleados o personal médico de Banner Health o contenida en los expedientes médicos de la persona identificada en relación al episodio(s) identificado(s) antes, a los representantes de los medios (prensa escrita, radio, televisión o medios electrónicos). En la medida que cualquiera de la siguiente información esté incluida en el expediente médico de la persona identificada, esta información puede incluir, si es necesario para la cuestión, información confidencial relacionada a enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y otras enfermedades contagiosas, tratamiento de salud conductual y psiquiátrico, tratamiento para el abuso de alcohol o drogas y exámenes genéticos.

6. \_\_\_\_ Entiendo que el objetivo de esta autorización es permitir que Banner Health responda a las preguntas de los medios de comunicación y de declaraciones a los medios para la divulgación pública en relación a la atención y tratamiento que Banner Health, sus empleados y personal médico me brindaron (o a la persona identificada), y que la

caracterización de Banner Health de los detalles de la atención médica y tratamiento pueden discrepar considerablemente de lo que yo creo y de lo que la persona identificada cree. No obstante, autorizo explícitamente a la divulgación de esta información a los medios.

Entiendo que me puedo negar a firmar este formulario y que Banner Health no cambiará ni me negará tratamiento en base a que firme o no esta autorización.

Entiendo que si se divulga información a un tercero, esa información ya no estará protegida por las leyes estatales y federales, y puede ser divulgada por la persona o la organización que recibe esta información.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, salvo en la medida que ya se hubiera implementado alguna acción. Para las actividades autorizadas de Banner Health únicamente, la notificación de las Políticas de Privacidad de Banner Health explica el proceso de revocación, el cual incluye solicitarlo por escrito.

**Para pacientes únicamente:** A menos que revoque esta autorización antes, esta expira a los dos años de firmada o según esté especificado:

Yo, libero completamente a Banner Health, sus empleados, representantes, miembros del personal médico y socios comerciales de cualquier responsabilidad u obligación legal por la divulgación de las imágenes e información, en la medida indicada y autorizada por la presente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, empleado o modelo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal o del padre (si es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente, modelo o descripción de la autoridad para actuar por el paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo





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

<input type="checkbox"/> PATIENT  <input type="checkbox"/> EMPLOYEE  <input type="checkbox"/> MODEL  <input type="checkbox"/> OTHER	Name (print): _____ Address: _____ City/State/Zip: _____ Phone: _____ Email: _____	Purpose: _____ _____ _____ _____ _____
BANNER HEALTH FACILITY OR OTHER REQUESTOR	Entity name: _____ Address: _____ City/State/Zip: _____ Phone: _____	Dates of treatment authorized for release or discussion: _____ _____ _____ _____

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 the above authorized entity to: (Initial all provisions that apply)

1. \_\_\_\_\_ Use the Identified Individual's name in connection with any electronic or print publications (including but not limited to newspapers, television and/or radio broadcasts, books, brochures, magazines, motion pictures, and web and/or social media sites) for publicity, scientific or educational purposes in such manner and at such times and in such places as Banner Health or the person authorized by Banner Health shall determine.
2. \_\_\_\_\_ Use any quotation and comment made verbally or recorded by Banner Health or the Requestor noted above concerning the Identified Individual and such Individual's medical case.
3. \_\_\_\_\_ Take and reproduce in photographic or digital form pictures, slides and audio/video recordings of the Identified Individual in connection with the diagnosis, care and treatment (including surgical procedures) or employment/departmental functions at the above-named facility. Banner Health shall own unrestricted rights to all materials produced.

4. \_\_\_\_\_ Use such pictures, slides and audio/video recordings in any electronic or print publication (including but not limited to newspapers, television and/or radio broadcasts, books, brochures, magazines, motion pictures, and web and/or social media sites) for publicity, scientific or educational purposes in such manner and at such times and in such places as Banner Health or the person authorized by Banner Health shall determine.

5. \_\_\_\_\_ Disclose any and all protected information in the possession of Banner Health, including verbal information conveyed by Banner Health employees or medical staff members and/or contained in the medical records of the Identified Individual relating to the treatment episode(s) identified above to media representative(s) (print, broadcast or electronic media). To the extent any of the following information is contained in the Identified Individual's medical record, this information 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 and/or drug abuse and genetic testing.

6. \_\_\_\_\_ I understand that the purpose of this authorization is to allow Banner Health to respond to media inquiries and provide media statements for public release relating to the care and treatment Banner Health and its employees and/or medical staff members provided to me (or the Identified Individual), and that Banner Health's

characterization of the details of that medical care and treatment may differ substantially from my own beliefs or those of the Identified Individual. I nonetheless explicitly authorize release of this information to the media.

I understand that I may refuse to sign this authorization form 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 can no longer be protected by state and federal regulations, and may be 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. For Banner Health authorized activities only, Banner Health's Notice of Privacy Practices explains the process for revocation, which includes a request in writing.

**For Patients Only:** Unless I revoke this authorization earlier, it will expire two years from signature date or as specified:

I fully release Banner Health, its employees and agents, medical staff members and business associates from any legal responsibility or liability for disclosure of the above images and information to the extent indicated and authorized herein.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient, Employee or Model

\_\_\_\_\_  
Date

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

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient/Model or description of Authority to Act for Patient

\_\_\_\_\_  
Witness