

CONSENTIMIENTO Y PERMISO PARA UTILIZAR SEMEJANZA/INFORMACION*(aparte de tratamiento o propósitos de indemnización)*

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Expediente Médico: _____

Yo, o mi representante legal autorizado, por medio de la presente doy el consentimiento a los empleados o agentes de Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) a adoptar y utilizar mi información, semejanza u imagen de la siguiente manera, incluyendo, pero no limitado a, fotografías, imágenes de vídeo, grabaciones de audio, imágenes digital u otras imágenes con el propósito marcado a continuación.

Uso Dentro de TTUHSC

Mi nombre, imágenes, e historial médico _____ pueden _____ no pueden ser utilizados para propósitos educativos.

Uso Fuera de TTUHSC

Estoy de acuerdo con los usos señalados a continuación:	Mi Nombre	Mi(s) Imágen(es)	Mi Historia Médica
<input type="checkbox"/> Para propósitos educativos fuera de TTUHSC	__ sí __ no	__ sí __ no	__ sí __ no
<input type="checkbox"/> Para mercadeo o publicidad para TTUHSC	__ sí __ no	__ sí __ no	__ sí __ no
<input type="checkbox"/> Para la publicación en diarios o en el Internet	__ sí __ no	__ sí __ no	__ sí __ no
<input type="checkbox"/> Otro(s) propósito(s)	__ sí __ no	__ sí __ no	__ sí __ no

Yo entiendo que TTUHSC y sus regentes, empleados, agentes, y personal, actuando en nombre de TTUHSC, no serán responsables por cualquier uso de mi nombre y/o imagen(es), incluyendo el uso por cualquier otro usuario externo o terceros, y por este medio yo libero y considero inofensivo a TTUHSC y a sus regentes, empleados, agentes y personal actuando en su nombre, de toda obligación por daños de cualquier clase, carácter o naturaleza que puedan en cualquier momento resultar a partir de esta liberación y autorización o a partir de la difusión de mi nombre y/o imagen(es) de acuerdo con este Consentimiento y Liberación.

Yo entiendo que TTUHSC poseerá la(s) imagen(es) de mí, pero tengo el derecho de verlas u obtener copias a un costo razonable. Yo por este medio a sabiendas y voluntariamente renuncié a cualquier y a todos los demás derechos, compensaciones, regalías, o el pago de cualquier tipo o carácter en relación con el uso de mi nombre y/o imagen(es) que se autorizó anteriormente.

Este Consentimiento y Liberación se puede revocar o retirar en cualquier momento, pero el retiro o revocación debe hacerse por escrito y enviados al Oficial de Privacidad de TTUHSC, MS 8165, 3601 4th Street, Lubbock, Texas 79430. Cualquier retiro de consentimiento no afectará la información utilizada o divulgada antes de recibir la notificación por escrito del retiro.

Por medio de mi firma abajo, indico que he leído y comprendido este "Consentimiento y Liberación para el uso de mi Semejanza/Información" y que comprometo a los herederos del paciente, de mis albaceas y representantes personales. Tengo 18 años de la edad o mayor y soy el paciente o tengo la autoridad legal para dar consentimiento para el paciente. Este formulario es opcional y entiendo que no tengo que firmar para recibir atención médica.

Firma del Paciente/Representante Legal

Fecha

Nombre impreso del Paciente/Representante Legal

Parentesco con el Paciente