



**RUTGERS, THE STATE UNIVERSITY OF NEW JERSEY**  
**AUTORIZACIÓN DE HIPAA PARA LA UTILIZACIÓN/DIVULGACIÓN**  
**DE LA INFORMACIÓN Y EL CONSENTIMIENTO/USO DE FOTOGRAFÍAS**  
**E IMÁGENES DE AUDIO/VIDEO**

Rutgers, The State University of New Jersey, ("Rutgers") siempre se complace cuando los pacientes están dispuestos a comunicar las historias, experiencias e información sobre su tratamiento recibido en Rutgers. Compartir su historia puede ayudar a otras personas que estén interesadas en saber más sobre los servicios para pacientes que prestan los proveedores de atención médica de Rutgers y puede ayudar a Rutgers a promover su misión de servicio.

Rutgers respeta la privacidad de nuestros pacientes, visitantes y personal. Garantizar la confidencialidad de la información médica es una de nuestras mayores prioridades. Rutgers solicita su permiso para utilizar su información médica y su consentimiento para permitirnos tomar y utilizar material de audio/vídeo/fotográfico de usted en las comunicaciones internas y externas de Rutgers, incluidas las publicaciones médicas y de interés general y la información médica y de educación del paciente, y distribuir dichos materiales en línea, en forma impresa y en los medios de comunicación (como, la televisión, la radio, los periódicos y las revistas).

Para garantizar que Rutgers actúa de acuerdo con sus deseos y utiliza sus datos personales con su autorización, le solicitamos que complete y firme este formulario. Rutgers conservará una copia de su autorización escrita en sus archivos.

- Doy mi permiso para que Rutgers utilice mi nombre o el de mi hijo/a y comparta detalles de mi tratamiento y experiencia como paciente en comunicaciones producidas por Rutgers o en su nombre, y doy mi consentimiento para que tome y haga uso de mis imágenes de audio/vídeo/fotográficas o las de mi hijo/a en publicaciones producidas por Rutgers o en su nombre. Este permiso se extiende tanto a las versiones electrónicas en los sitios web de Rutgers y otras aplicaciones de Internet/electrónicas, como a las versiones impresas, filmadas y grabadas.
- Doy mi permiso para que Rutgers divulgue mi nombre o el de mi hijo/a y los detalles de su atención médica a los medios de comunicación y electrónicos, incluyendo, pero sin limitarse a, las publicaciones en Internet/en línea, la televisión, la radio, los periódicos o las revistas, y permito que los medios de comunicación hagan imágenes (digitales, de vídeo o de otro tipo) de mí o de mi hijo/a con el fin de ilustrar mi tratamiento y experiencia como paciente de Rutgers.
- Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con el abuso de alcohol, drogas o sustancias, el diagnóstico o el tratamiento.
- Autorizo específicamente la divulgación de información relativa al diagnóstico o tratamiento de salud mental.
- Autorizo específicamente la divulgación de información relativa a los resultados de las pruebas de VIH/SIDA.

No estoy obligado a firmar esta autorización. Rutgers no condiciona el tratamiento, el pago, la elegibilidad de beneficios ni las actividades de inscripción si se firma este formulario. Puedo solicitar que se me envíe por correo postal una copia de esta autorización. Entiendo que no tendré derecho a ningún pago u otra forma de remuneración como resultado de cualquier uso de cualquier información y material de audio/vídeo/fotográfico.

Si decido firmar este formulario, tengo derecho a solicitar que se deje de grabar, filmar o fotografiar en cualquier momento.

Soy consciente de que mi información médica protegida existirá para siempre en una versión grabada, impresa o electrónica u otra versión que pueda desarrollarse a lo largo del tiempo y que, una vez que se publique o divulgue en cualquier forma, seguirá siendo utilizada. Entiendo que la información sobre mí o mi hijo/a utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del destinatario y dejará de estar protegida por la normativa federal que protege la privacidad de la información médica de una persona en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") y otras leyes federales y estatales aplicables.

Entiendo que puedo revocar o retirar este permiso en cualquier momento para prohibir el uso futuro de mi información. Para hacerlo, debo enviar una notificación por escrito al funcionario de privacidad de Rutgers a Office of Enterprise Risk Management, Ethics and Compliance, 65 Bergen Street, Suite 1346, Newark, NJ 07107. Entiendo que Rutgers, al igual que otras personas o entidades, conservará copias de dichas versiones electrónicas o impresas y las retendrá para siempre, y que, cualquier revocación de esta autorización solo se extenderá a las versiones de la información que estén bajo el control de Rutgers y que no hayan sido publicadas previamente. Si no es revocada/retirada por mí, esta autorización caduca a los diez (10) años de la fecha en que la firmo.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
 (dirección)

\_\_\_\_\_ (ciudad) (estado) (código postal)

**Teléfono:** \_\_\_\_\_  
 (código de área) (número de teléfono fijo o móvil)

**En el caso de los representantes personales, facilite lo siguiente:**

Yo \_\_\_\_\_ declaro que soy el agente médico/tutor/sustituto/padre del paciente arriba mencionado.  
 (ingresar su nombre) (marcar uno de los anteriores)

**Firma del representante personal:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**\*Si usted es el agente de atención médica o el tutor, proporcione una prueba de su autoridad para actuar en nombre del paciente.**