

40 Acts of Service (40 Actos de Servicio)

Autorización del paciente, participante comunitario y empleado para divulgar información de salud protegida, usar imágenes, ser voluntario y exonerar

Parte A: Información del paciente de DCI

Yo, _____, soy paciente de la clínica Dialysis Clinic, Inc. (“DCI”) situada en _____ (la “Clínica”). Comprendo que DCI desea videograbarme, fotografiarme y/o posiblemente entrevistarme y podría divulgar mi nombre, edad, sitio de diálisis e historia clínica. (Ejemplo: *Nombre del paciente*, internado, DCI, 51 años de edad, 22 años de diálisis en *nombre de la clínica*, presión arterial elevada y diabético). Las videograbaciones y/o fotografías y la entrevista se podrán utilizar para lo siguiente:

- Promover a DCI a través de medios de comunicación que incluyen, entre otros, televisión, radio, revistas especializadas, periódicos y carteles publicitarios;
- La Intranet de DCI y sitios web en Internet;
- Videos educativos para pacientes presentados en la Clínica o en reuniones corporativas de DCI;
- Información pública que representa a DCI y sus servicios en eventos, tales como, entre otros, exhibiciones comerciales, ferias de empleos y ferias de salud;
- Educación para pacientes con ESRD o pre-ESRD ofrecida en clínicas, hospitales, ferias de salud y otras localidades que ofrecen educación para dichos pacientes en los 50 estados del país; y/o
- Otros usos educativos de DCI.

Comprendo y acepto que mis videograbaciones y/o fotografías son propiedad de DCI y renuncio a cualquier derecho que pueda tener sobre dichas videograbaciones y/o fotografías. Adicionalmente, comprendo que no recibiré ninguna compensación financiera por mi entrevista o aparición en las videograbaciones, las fotografías o los sitios web mencionados anteriormente.

Se me ha explicado cuál es el propósito de las videograbaciones y/o fotografías y mediante la presente autorizo a DCI para que me videografe y/o fotografíe y entreviste para los fines indicados anteriormente.

DCI no condicionará mi pago o derecho a recibir tratamiento a mi firma de esta autorización. Tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Tengo derecho a revocar esta autorización, salvo en la medida que DCI la haya utilizado, enviando una carta de revocación escrita a la siguiente persona:

Privacy Officer – DCI Corporate
1633 Church St. Suite 300
Nashville, TN 37203

Una fotocopia de esta autorización tendrá el mismo efecto y validez que el documento original.

Esta autorización seguirá en vigor hasta que las videograbaciones y/o fotografías sean destruidas.

Comprendo y acepto que la información que se utilice o divulgue conforme a esta autorización podrá ser divulgada a su vez por DCI y dejaría de estar protegida por las normas federales y estatales de privacidad y seguridad que la resguardan.

Reconozco también que mi participación en este evento es totalmente voluntaria y lo hago a mi propio riesgo.

Certifico que he leído (o se me ha leído) la autorización anterior y comprendo perfectamente la naturaleza y el propósito de la misma. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me ha respondido cualquier pregunta que haya tenido sobre la información que contiene el presente formulario de autorización. Certifico también que soy el paciente o el agente o representante debidamente autorizado del paciente y que estoy facultado(a) para firmar esta autorización.

Firma: _____
(Firma del paciente)

Fecha: _____

(Nombre del paciente en letra de molde)

*(Representante personal del paciente)

Testigo: _____

Fecha: _____

*** Debe obtener una copia del documento legal que lo autoriza a firmar en nombre del paciente.**

Parte B: Información del participante comunitario o el empleado de DCI

Yo, _____, comprendo que mi participación en este evento es totalmente voluntaria y que no recibiré ninguna compensación.

Comprendo también que participaré a mi propio riesgo. Acepto librar y exonerar a DCI de toda responsabilidad por pérdida, daño o perjuicio con respecto a mi participación en este programa.

Reconozco y acepto también que DCI podrá utilizar mi imagen y mi información general o personal para promover a DCI y/o el programa "40 Acts of Service" y no recibiré ninguna compensación por dicho uso.

Firma: _____

Fecha: _____

(Nombre en letra de molde)

Autoridad del representante personal si firma en nombre de un menor

Si es empleado, nombre de la clínica

Dirección de correo electrónico para recibir información de seguimiento (no se publicará)