

The University of Texas Southwestern Medical Center
Formulario de Autorización Sobre Comunicación, Mercadeo y Asuntos Públicos
(Communications, Marketing, and Public Affairs Authorization Form)

Por la presente, autorizo a The University of Texas Southwestern Medical Center (en lo sucesivo "UT Southwestern") para que comparta mi información médica salvaguardada y para que me entrevisten a mí, o bien a mi médico sobre mi estado de salud y para que tomen fotografías, impriman materiales y realicen grabaciones de audio o audiovisuales sobre mi caso en particular. Comprendo que UT Southwestern podría divulgar esta información a medios de comunicación noticiosos o al público en general mediante transmisiones de radio o televisión o a través de la Internet, lo cual podría poner la información en manos de terceros, es decir, otras personas o entidades más allá de estos medios.

Por otra parte, comprendo divulgarán mi información para los siguientes propósitos: para fines de recaudación de fondos, publicidad, comercialización o mercadeo de productos a través de medios de comunicación impresos o no, incluyendo la Internet. Comprendo que esta autorización es estrictamente de carácter voluntario y que puedo negarme a firmarla. UT Southwestern no podrá condicionar mi asistencia médica, servicios, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios, basándose en mi decisión de llenar o no este formulario o autorización.

A menos que emita yo una carta de revocación en contrario, comprendo que esta autorización caducará en un lapso de 50 años, contados a partir de la fecha en que se haya firmado el presente documento. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento que desee, excepto al grado en que UT Southwestern dependa de dicha autorización. Para revocar o cancelar mi autorización, deberé enviar una notificación por escrito haciendo referencia específicamente a esta autorización y dirigiéndola directamente a:

Office of Communications, Marketing, and Public Affairs
UT Southwestern Medical Center
5323 Harry Hines Boulevard
Dallas, TX 75390-9060

Comprendo que si divulgan mi información para propósitos de mercadeo, según lo definido por la Ley de Portabilidad y Seguridad del Seguro Médico (conocida también como The Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA, por sus siglas en inglés), entonces UT Southwestern podría recibir remuneración directa o indirecta en relación con el uso o divulgación de mi información.

Comprendo que los registros utilizados y divulgados de conformidad con esta autorización podrían incluir información concerniente a la consejería de genética, al tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana o VIH o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA, es decir, incluyendo datos sobre el historial o consumo de drogas o alcohol, la salud mental o del comportamiento, asistencia psiquiátrica o información considerada como personal y delicada. Requerimos sus iniciales para divulgar la siguiente información:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historial de su Salud Mental (excluyendo las notas de psicoterapia) | <input type="checkbox"/> Información Genética (Incluyendo los Resultados de Análisis de Genética Practicados) |
| <input type="checkbox"/> Historial sobre su Consumo o Adicción a las Drogas o Alcohol | <input type="checkbox"/> Resultados de los Análisis y Tratamiento contra el VIH y el SIDA |

Comprendo que al grado en que cualquier receptor de esta información, según lo identificado anteriormente, no sea una "entidad cubierta" bajo las leyes de privacidad federales o del estado de Texas, en particular, la información podría no estar protegida por dichas leyes una vez que se haya divulgado a terceros y, por tanto, podría quedar sujeta a que la divulgue también el receptor de la misma a otras entidades o personas.

Por la presente, libero a UT Southwestern, The University of Texas System y sus representantes ejecutivos, directores, oficiales, agentes y empleados de toda responsabilidad, reclamo, demanda legal o causas de acción presentada por mí, mis herederos, representantes, albaceas, administradores o cualquier persona que actúe a nombre mío o del cuerpo de mi herencia por razones de esta autorización, posesión, utilización o divulgación de reproducciones de mi información.

Por la presente, declaro que he leído este formulario y que estoy de acuerdo en los usos y divulgaciones de información aquí descritos. Así mismo, comprendo que mi negativa a firmar este formulario no implica de manera alguna que se suspenderá o revertirá la divulgación de información médica ocurrida antes de haberse recibido mi solicitud de revocación o según lo permitido de otra manera por la ley sin contar con mi autorización previa, incluyendo la divulgación de información a entidades cubiertas, según las disposiciones del código de salud y seguridad de Texas (Texas Health & Safety Code) en su sección 181.154(c) o 45 C.F.R., sección 164.502(a)(1).

Al firmar esta autorización, doy fe ante UT Southwestern, sus agentes y empleados que estoy en mi plena capacidad intelectual, que he leído la autorización y comprendo totalmente los términos ahí descritos. Por la presente, comprendo que UT Southwestern me proporcionará una copia de este formulario de autorización firmado.

Nombre del Participante (escrito en letra de molde): _____

Firma: _____

Fecha: _____

SI EL PARTICIPANTE HA DESIGNADO A UN REPRESENTANTE LEGAL, ESTE ÚLTIMO DEBERÁ LLENAR LA PORCIÓN QUE APARECE A CONTINUACIÓN:

Nombre del Participante (escrito en letra de molde): _____

Nombre del Representante Legal (escrito en letra de molde): _____

Parentesco: _____

Al firmar esta autorización, certifico que cuento con la autoridad legal para fungir como representante del participante mencionado en esta sección.

Firma del Representante Legal: _____ Fecha: _____

For Internal Use Only Verbal authorization received on: ___/___/___ By: _____ For: _____ Authorization form mailed on: ___/___/___
