



## Consentimiento para el uso y / o divulgación de imágenes, videos, testimonios escritos o verbales

(1) (1) Nombre impreso del paciente:

\_\_\_\_\_

Último

Primero

Inicial

**(2) ReBound PT OT & Hand Therapy solo divulgará la información de salud protegida que usted permita relacionada con fotografías, videos o testimonios (PHI)**

Marque las cajas que se enumeran a continuación con las que está de acuerdo y reconoce haber comprendido:

- Fotografías que me identifican
- Videos que me identifican
- Testimonios que he hecho y entregado voluntariamente a \* FACILITYNAME \* o uno si sus empleados

Marque tantos articulos como esté de acuerdo:

- Los articulos que he marcado anteriormente pueden usarse para cualquier propósito ético y moral en blogs y otras redes sociales.
- Los articulos que he comprobado pueden usarse para:
- Márketing
- Educación profesional
- Educación general del consumidor
- Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento y ReBound PT OT & Hand Therapy dejará de usarlo o divulgarlo en ese momento.
- Me doy cuenta de que si se ha publicado alguna información en Internet, ReBound PT OT & Hand Therapy no puede controlar cómo otros utilizan mis fotografías, videos o testimonios.
- Me doy cuenta de que no se puede restringir el uso / divulgación de los articulos anteriores para tratamiento, pago u operaciones.**

**(3) Marque solo una caja que indique cuánto tiempo ReBound PT OT & Hand Therapy puede usar este consentimiento:**

- Divulgar mi información indefinidamente (siempre que ReBound PT OT & Hand Therapy tenga la custodia de mis archivos)
- Divulgar mi PHI para el siguiente período comenzando \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ y terminando \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

o

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o representante autorizado Fecha  
(Indique la relación)

**Puede negarse a firmar este consentimiento**