

# Autorización para el uso y la comunicación de información e imágenes



**Boston Children's Hospital**

Where the world comes for answers

## ► Paciente o persona principal

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
mes/día/año

## ► Tutor legal

Firma de la persona, padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## ► Miembro(s) de la familia bajo la tutela del firmante anterior (si los hubiera):

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Descripción: \_\_\_\_\_

## ► Dirección e información de contacto (obligatorio):

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## ► Caducidad Esta autorización caducará el: \_\_\_\_\_ mes/día/año

**Favor de enviar este formulario completado a: Boston Children's Hospital, Marketing and Communications, 300 Longwood Avenue, LM 6168, Boston, MA 02115. Si tiene preguntas acerca de este documento o cómo se usará su información, llámenos al 617-919-3110 o escribanos a [marcom@childrens.harvard.edu](mailto:marcom@childrens.harvard.edu).**

Autorizo a The Children's Hospital Corporation [que opera con el nombre de Boston Children's Hospital] para tomar fotografías y hacer grabaciones (en medios de difusión, películas, imágenes, video, formatos digitales o impresos, grabaciones sonoras, medios sociales u otras formas) durante entrevistas, celebraciones, eventos, sesiones de diagnóstico o tratamiento, operaciones u otros procedimientos médicos o quirúrgicos en Boston Children's.

» Esta autorización se refiere a, y se extiende a todas las personas mencionadas anteriormente.

» Autorizo el uso y la comunicación de los detalles de la atención médica y los datos demográficos de las personas mencionadas anteriormente, y de las fotografías y grabaciones obtenidas en las situaciones descritas anteriormente para Boston Children's.

» Soy consciente de que Boston Children's no puede controlar la manera en que el destinatario utilice o comparta la información, y que las leyes que protegen la confidencialidad en Boston Children's pueden proteger o no dicha información una vez que se haya revelado al destinatario. No se compartirá información sin una firma válida más arriba.

» No obstante, puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en los casos en que Boston Children's ya haya comunicado la información. Por ejemplo, Boston Children's no podrá retirar un segmento de televisión una vez que se haya transmitido, ni una historia, imagen o video una vez que se haya publicado en Internet. En tales casos, entiendo que ni Boston Children's ni yo podremos controlar cómo ni cuándo aparecerá mi imagen y mi otra información. Todas las revocaciones deben enviarse por escrito a: **Boston Children's Hospital, Marketing and Communications Department, 300 Longwood Avenue - LM 6168, Boston, MA 02115.**

» Autorizo a Boston Children's para usar esta información con fines de recaudación de fondos y mercadeo en todo tipo de medio de difusión, por ejemplo, materiales impresos, radio, televisión, Internet y en línea. Esto incluye su uso en redes sociales (como Facebook o YouTube) para promover, hacer publicidad o recaudar fondos para Boston Children's Hospital.

» Entiendo que si no autorizo esta comunicación, la atención provista por Boston Children's no se verá afectada.

## For internal use (Para uso interno)

Boston Children's staff \_\_\_\_\_ Event or purpose \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Date of recording \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Location \_\_\_\_\_

Description of child \_\_\_\_\_