

Autorización Para La Divulgación de Información

Para ser provista a los fotógrafos y voluntarios afiliados a la Fundación “Y ahora me acostaré a dormir...”
 (“Now I Lay Me Down To Sleep”)

Mi firma a continuación autoriza al Hospital _____ a divulgar mi nombre e información limitada de evento a la organización “Now I Lay Me Down To Sleep” para que se puedan solicitar los servicios de un fotógrafo profesional voluntario para que le tome fotos a mi bebé. Entiendo que este es un servicio gratuito realizado por profesionales que donan voluntariamente su tiempo y talentos a familias en necesidad.

Firma de la madre

Fecha

Núm. Habitación

Nombre de la madre (letra de molde)

Nombre del, o la bebé

Fecha de admisión

Yo entiendo que la Fundación “Now I Lay Me Down To Sleep” es una organización sin fines de lucro y que el hospital no recibirá compensación financiera, ni de ninguna otra índole, a cambio de usar y/o divulgar esta información.

Yo también entiendo que mi tratamiento en este hospital no estará basado en mi decisión para solicitar o no estas fotografías.

Yo entiendo que esto es un regalo (libre de costos) del fotógrafo y que después que él o ella me provean con todos los derechos de propiedad de las imágenes de alta resolución en un disco (DVD ó CD), el costo de imprimir cualesquiera imágenes yo seleccione es mía en su totalidad, así como yo soy responsable del laboratorio que yo elija para imprimirlas.

Yo entiendo que mi autorización para información puede ser re-divulgada y que mi **Autorización Para La Divulgación de Información** ya no estará protegida por las leyes y regulaciones estatales y federales sobre la privacidad.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes que la información haya sido compartida con la Fundación “Now I Lay Me Down To Sleep”, simplemente notificando al hospital por escrito.

Esta autorización quedará anulada y expirará a los 180 días de la firma a menos que se estipule lo contrario.

Yo entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización después que la firme.

(Hospital Staff: Please place signed form with patient’s chart and send to Medical Records at discharge.)

(Al personal del Hospital: Favor de colocar esta forma firmada junto con el cuadro médico del paciente y enviarlo a Récords Médicos al momento de darle de alta)