

## Autorización al hospital para compartir información

---

Con mi firma autorizo a \_\_\_\_\_ para que comparta mi nombre y  
(Nombre del hospital, clínica o instalación)

cierta información limitada sobre el suceso con Now I Lay Me Down To Sleep (NILMDTS) con el objetivo de solicitar que un fotógrafo voluntario tome las fotos de mi bebe. Yo comprendo que este es un servicio gratuito realizado por voluntarios profesionales que dan de su tiempo y sus talentos para las familias que lo necesitan.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente                      Fecha                      Hora                      # de Habitación

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente                      Nombre del bebé                      Fecha de ingreso del paciente

Yo comprendo que Now I Lay Me Down to Sleep es una organización sin fines de lucro que no es parte de, ni está afiliada de forma alguna con el hospital, y que el hospital no recibirá ninguna compensación financiera o de otro tipo a cambio de compartir o revelar mi información. También entiendo que el hospital no hace garantías ni promesas sobre los servicios o productos proporcionados por Now I Lay Me Down to Sleep, ya que dichos servicios son gratuitos.

Yo comprendo que esto es un regalo de parte del fotógrafo y que después que me proporcione las fotografías en alta resolución por correo electrónico en una galería en línea, será mi decisión y responsabilidad financiera la impresión de las fotografías que yo elija.

Yo comprendo que puedo revocar esta autorización para compartir mi información con Now I Lay Me Down to Sleep, simplemente con notificarlo al hospital por escrito.

NILMDTS se ha puesto en contacto con los abogados de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para confirmar sus obligaciones bajo la ley HIPAA. Como NILMDTS está en el hospital como invitado de la familia y la familia le ha dado al hospital autorización para comunicarse, la relación entre el hospital y NILMDTS no está sujeta a las leyes de privacidad de HIPAA. Los fotógrafos de NILMDTS deben mantener la confidencialidad de todas las sesiones; sin embargo, para ayudar a agendar un fotógrafo voluntario, se puede proporcionar cierta información sobre el paciente/bebé a NILMDTS a través de esta autorización.

Esta autorización expirará después de 180 días de firmada a menos que se indique lo contrario.

Comprendo que yo puedo pedir una copia de esta autorización después de firmada.

**\*\*Para el personal médico: por favor adjunte esta forma firmada a la historia de la paciente y envíelo al Departamento de Registros Médicos después del alta.**