nilmdts
Now I Lay Me Down to Sleep

Autorización al hospital para compartir información**

Con mi firma autorizo a _____ a 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. 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 y en el lugar que 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 con excepciona que ya se hayan tomado medidas basándose en esta autorización. Si no fue revocada previamente, esta autorización terminará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no se especifica una fecha, evento o condición, esta autorización vencerá después de 60 días. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización después de firmarla.

Yo comprendo que ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios puede estar condicionado a si firmo esta autorización. Esta facilidad, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Esta información puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la ley federal.

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.

****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.**