



**Baptist Health
South Florida**

**AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION
FOR FILMING, PHOTOGRAPHY, VIDEOTAPING OR PUBLICATION**

I do hereby voluntarily participate and give authorization for _____
(subject's name or myself)

to appear in filming, photographs, videotaping, and/or interviews for hospital education and training and/or public relations and advertising to the general public. I do hereby consent to the unlimited use of such product or interview in Baptist Health publications, news media reports, the Baptist Health website, the Baptist Health social network pages (which may include, but are not limited to: Facebook, Twitter, YouTube, Instagram, Pinterest) or radio, television, newspaper, magazine, billboard or any other type of advertising.

I do hereby release Baptist Health South Florida, its agents and employees from all liability in connection with the above. I understand that if I request that my identity not be disclosed, Baptist Health will make every reasonable effort to avoid disclosing it. I waive any right to inspect or approve the finished product, the advertising or other copy that may be used in connection with the above. I hereby consent to the above, without expectation of remuneration to me now or in the future, and this shall be binding upon my heirs, personal representatives and assigns.

I understand that this Authorization is voluntary, and that I may refuse to sign this Authorization. I understand that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment, or to enroll in or be eligible for benefits. I understand that I may revoke this Authorization at any time during the filming, photography or interview, or by sending a written request to: **Baptist Health South Florida, 6855 Red Road, Suite 400, Coral Gables, FL 33143, ATTN: Chief Privacy Officer.** Revocation will not apply to information/ photographs that have already been released in reliance upon this Authorization. If I have questions about disclosure of my health information, I may contact the Chief Privacy Officer at the address above.

I understand that once the health information described below is disclosed, it may be re-disclosed by the recipient and may no longer be protected by federal privacy laws.

Today's date

Patient or Subject Name (please print)

Expiration date/event (expiration within one year if left blank)

Signature of Patient or Subject/Personal Representative

Photographer/reporter name

Relation to Patient or Subject

- Parent Health surrogate/Proxy
- Guardian Durable Power of Attorney

Baptist Health representative disclosing the information

Physician (if applicable)

Address of Patient or Subject/Personal Representative

Purpose for using/disclosing health information

City/State/Zip

Health information to be used or disclosed

Phone of Patient or Subject/Personal Representative

You are entitled to a copy of this Authorization after you sign it.

Distribution: White - Medical Record, if applicable
Yellow - Marketing & Public Relations for file
Pink - Patient



00800B6038

BHSF 6038 Rev. 10/21/20



Baptist Health South Florida

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA FILMAR, FOTOGRAFIAR, GRABAR VÍDEOS O PUBLICAR

Por la presente, de forma voluntaria, participo y doy mi autorización para que _____
(Nombre del sujeto o el mío propio)

aparezca en fotografías, filmación, grabación de video y, o entrevistas para docencia y capacitación en el hospital, o relaciones públicas y publicidad al público en general. Por la presente consiento al uso ilimitado de tal producto o entrevista en publicaciones de Baptist Health, reportes informativos de la prensa, la página de Baptist Health en el Internet, las páginas de Baptist Health en la red social (que pueden incluir pero no son limitadas a: Facebook, Twitter, YouTube, Instagram, Pinterest), o radio, televisión, periódico, valla anunciadora o cualquier otro tipo de publicidad.

Por la presente exonero a Baptist Health South Florida, Inc., sus agentes y empleados de toda responsabilidad en relación con lo antes mencionado. Comprendo que si solicito que mi identidad no se divulgue, Baptist Health hará todo lo razonablemente posible para evitar divulgarla. Renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar el producto terminado, el anuncio, u otro texto que se pudiera utilizar en relación con lo anterior. Por la presente consiento a lo anterior, sin esperar remuneración ahora o en el futuro, declaración que compromete igualmente a mis herederos, representantes personales o delegados.

Comprendo que esta Autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta Autorización. Comprendo que negarme a firmarla no afectará mi habilidad para obtener tratamiento o pago, o para inscribirme o tener derecho a beneficios. Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento durante la filmación, fotografía o entrevista, o enviando una solicitud por escrito a: **Baptist Health South Florida, Inc., 6855 Red Road, Suite 400, Coral Gables, FL 33143, atención (Chief Privacy Officer) Jefe oficial de privacidad.** La revocación no aplicará a información o fotografías que ya se han divulgado teniendo en cuenta esta Autorización. Si tuviera preguntas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el jefe oficial de privacidad en la dirección antes mencionada.

Comprendo que una vez que la información médica descrita a continuación se divulgue, quien la recibe puede a su vez volver a divulgarla y ya no estará protegida por las leyes de privacidad federales.

Fecha de hoy

Nombre del paciente o sujeto (en letra de molde)

Fecha de vencimiento/evento (se vence en 1 año si lo deja en blanco)

Firma del paciente, sujeto o representante personal

Nombre del reportero o fotógrafo

Relación/parentesco con el paciente o sujeto
 Es menor Sustituto para atención médica/Poder
 Tutor Poder legal duradero

Representante de Baptist Health que divulgará la información

(explique): _____

Médico (si aplica)

Dirección del paciente o sujeto/Representante personal

Propósito para usar/divulgar la información médica

Ciudad, Estado, Código postal

Información médica que se usará o divulgará

Teléfono del paciente, o sujeto/Representante personal

Tiene derecho a una copia de esta Autorización cuando la firme.

Original al expediente del paciente, si aplica.
Copia amarilla a Mercadeo & Relaciones Públicas para archivar.
Copia rosa al paciente.



00800B6038

BHSF 6038s Rev. 10/21/20