



_____ **(Iniciales)** Yo, autorizo y doy permiso al Hospital para Niños "Texas Scottish Rite" (TSRHC, siglas en inglés), a su personal y a representantes publicitarios de afuera del hospital para que puedan fotografiar, grabar en video/audio y entrevistar a mi/mi niño/ mi niño bajo tutela judicial.

_____ **(Iniciales)** Yo, asimismo autorizo y doy permiso al TSRHC a tener los derechos de reproducción, uso y publicación de las fotografías/grabaciones de video/audio, en conjunto con el nombre, edad, la ciudad de residencia e historial personal de mi/mi niño/mi niño bajo tutela judicial donde pudiera incluir algunas o toda información de salud, para aumentar un conocimiento público acerca del hospital y de sus pacientes y para otros propósitos/programas relacionados con el hospital. Yo, también autorizo y acepto, que para aumentar un conocimiento público acerca del hospital y de sus pacientes y para otros propósitos/programas relacionados con el hospital, que dichas fotografías/grabaciones de video/audio, en conjunto con el nombre, edad, ciudad de residencia e historial personal de mi/mi niño/mi niño bajo tutela judicial, donde pudiera incluir alguna o toda información de salud, pudiera ser (1) publicadas en periódicos, revistas, , diarios, libros de texto u otro material impreso; (2) distribuidas a la prensa; (3) ser transmitidas a través de la radio o televisión; (4) compartidas con entidades/individuales de afuera del hospital asociados con programas/propósitos relacionados al hospital; e (5) incluidas en películas, videos, sitios de internet, redes sociales, presentaciones de imágenes y presentaciones.

Si yo/mi niño/mi niño bajo tutela judicial soy/es paciente del hospital:

Yo, entiendo que esta autorización es voluntaria y caducará el día después que el TSRHC permanentemente suspenda de distribuir información al público acerca del Hospital, sus pacientes y sus propósitos/programas, cuando sea que eso suceda. Yo, entiendo que las fotografías/grabaciones de video/audio e información divulgada en el cumplimiento de esta autorización pudiera estar sujeta a volver a divulgarse por el que la recibe y de esa forma ya no es considerada información protegida.

Yo, entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, ya sea que se haga por escrito, excepto hasta qué punto TSRHC haya tomado una acción de seguridad de ahí en adelante. Para revocar esta autorización, yo entiendo que debo de someter mi revocación por escrito al Oficial de Privacidad de HIPAA: HIPAA Privacy Officer, Texas Scottish Rite Hospital for Children, 2222 Welborn Street, Dallas, Texas 75219, o por correo electrónico al privacyofficer@tsrh.org.

Yo, entiendo que el TSRHC no pudiera ni podrá condicionar un tratamiento, pago, registro o elegibilidad para beneficios basados en que yo firme esta autorización.

Nombre del Niño	Edad	Fecha de Nacimiento	Ciudad de Residencia	Sí No Paciente del TSRHC
-----------------	------	---------------------	----------------------	-----------------------------

Firma Autorizada	Fecha	Relación con el Niño
------------------	-------	----------------------

Originating Event Title: