



Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del paciente), por medio de la presente autorizo a Yakima Valley Memorial Hospital Association (dba Virginia Mason Memorial) a usar y/o divulgar información sobre mi salud, tal como se especifica a continuación, a:

- Periodistas de medios locales, estatales y nacionales, incluyendo periódicos, revistas, estaciones de televisión, estaciones de radio, sitios de Internet y medios sociales.
- El departamento de comunicaciones/marketing del Virginia Mason Memorial o cualquier personal autorizado por Virginia Mason Memorial que lo necesita para fines de promoción y servicio al cliente.

Al marcar con mis iniciales los espacios que están a continuación, autorizo específicamente el uso y/o la reproducción de la siguiente información de salud:

- Todos los testimonios en fotografía, video, audio y/o testimonios impresos que se me hayan tomado en la fecha indicada abajo.
- Información sobre mis lesiones específicas o condición médica
- Mi pronóstico
- Mi edad
- Mi ciudad, condado o estado de residencia
- La fecha y hora de cuando se me dio de alta del hospital
- Información necesaria para realizar una entrevista conmigo en el hospital

Comprendo que todas las reproducciones de materiales incluyendo mi imagen, voz, condición (tal como se describe arriba) o testimonio personal obtenido en esta fecha es propiedad pura y exclusivamente Virginia Mason Memorial, para ser utilizadas únicamente en la promoción de Virginia Mason Memorial.

Comprendo que al firmar al pie de la letra, anulo cualquier elección anterior de optar por no proporcionar mi información de salud con el fin(es) que se describe arriba.

Entiendo que los representantes de los medios de comunicación no están cubiertos por normas de privacidad federales y que mi información de salud podrá ser compartida y ya no estará protegida por estas regulaciones.

Asimismo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que si no acepto firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago o mi elegibilidad para beneficios.

Finalmente, comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito. Comprendo que la información obtenida entre la fecha efectiva de esta autorización y la fecha de la revocación aún podrá ser publicada.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente(s) Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente (Padre/Madre/Apoderado)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Personal (si corresponde) Relación con el Paciente