HARTFORD HOSPITAL
80 Seymour St. P.O. Box 5037
Hartford, CT 06102-5037

6816

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS

Yo, _____, al firmar este formulario en la línea debajo, autorizo a Hartford Hospital, sus empleados, agentes y al personal médico que me atiende a registrar o documentar exámenes, procedimientos médicos, procedimientos quirúrgicos y otras imágenes mías por medio de fotografías, cintas de video, cintas de audio, películas o imágenes digitales y cualquier otro medio desarrollado posteriormente que dé como resultado la documentación permanente de la imagen del paciente para los siguientes usos y propósitos:

- ❑ Uso en conexión con mi cuidado y tratamiento.
- ❑ Uso en conexión con investigaciones médicas y educación.
- ❑ Uso por el Hospital para relaciones públicas y/o propósitos publicitarios.
- ❑ Uso por los medios de noticias.
- ❑ Como cortesía para mí si lo solicito.
- ❑ Otros propósitos (especifique): _____

_____

Accedo a que mis fotografías tomadas por Hartford Hospital, sobre las que la ley no requiere retención, puedan ser desechadas por Hartford Hospital, siempre que la forma de desecharlas sea la destrucción permanente.

Por la presente, renuncio a todos los derechos y libero a Hartford Hospital de cualquier reclamo o causa de acción, sea desconocida o conocida, por difamación, invasión del derecho a la privacidad, publicidad o personalidad o cualquier cuestión similar, o en base a o en relación al uso y la explotación de mi nombre, imagen y semejanza en conexión con los materiales publicitarios y de publicidad antes mencionados.

Este consentimiento puede ser revocable por mí en cualquier momento.

_____	_____	_____
Paciente/Representante Legal	Nombre en letra de imprenta	Fecha