

**Autorización para Uso y Divulgación de Información, Voz e Imágenes para
Mercadeo/Recaudación de Fondos/Educación/ Publicidad**

CON RESPECTO A: _____

Nombre de persona atendida

Fecha de Nac. _____

Número de SS _____

Yo, _____, la persona atendida o guardián legal, autorizo
(Puede requerirse documento de identificación para completar este formulario)

al Centro de Cuidado de Salud Emocional Valeo, Inc./ Valeo CRP, Inc. / Centro de Recuperación Valeo (de ahora en adelante referido colectivamente como “Valeo”) tomar fotografías y grabar (en película, video o algún otro) y utilizar, divulgar y compartir la siguiente información de salud protegida durante entrevistas, eventos, tratamientos: Nombre de la persona atendida; así mismo, imágenes de video, imágenes fotográficas, grabaciones de voz y sonido, grabaciones de conversaciones, testimonios dados de forma verbal y/o escrita y declaraciones incluyendo la presencia de la persona atendida en servicios/programas de Valeo. Por este medio renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación de los materiales y la aparición de mi voz/formato escrito en dichos materiales. Reconozco que soy el único responsable de cualquier declaración dada durante la grabación de mi voz y las declaraciones deberán ser consistentes únicamente con mis opiniones y no representar necesariamente a las de Valeo, quien no es responsable del contenido de dichas declaraciones.

Propósito de la Solicitud: Doy mi consentimiento para participar en:

Evento: _____

Fecha del Evento: _____ y permito que Valeo utilice, divulgue y comparta el nombre de la persona atendida, así como también videos, fotografías y grabaciones de imagen, voz y audio de la persona atendida y los detalles discutidos en mi tratamiento para propósitos de mercadeo, recaudación de fondos, programas educativos y/o publicidad, incluyendo pero no limitando a la producción de grabaciones, panfletos, anuncios, videos y capturas de imágenes y sonidos similares para propósito de publicación y/o distribución por medio de todos los tipos de medios sociales, transmisión (TV/radio/web), medios electrónicos e impresos.

Esta actividad de mercadeo/recaudación de fondos/publicidad involucra una compensación/pago directo o indirecto por un intermediario con Valeo por el uso de esta información de salud protegida.

Marque: **SI** _____ **NO** _____ **Si “Si”, de:** _____

Personas/Agencia autorizada para recibir esta información: Estoy de acuerdo en que la publicación y distribución de la información de salud protegida descrita en este documento pueda y probablemente sea incluida en la distribución de dicha información al público en general por medio de variedad de métodos, incluyendo todos los tipos de medios de publicidad (e.g. TV, radio, periódico, internet, redes sociales) para los propósitos antes descritos. También entiendo que Valeo puede contratar otros medios para capturar la imagen y/o la voz de la persona atendida indicada anteriormente y que mi información será utilizada y divulgada por estas terceras partes como Valeo lo indique.

Expiración y Derecho de Revocar la Autorización: A excepción del alcance de la acción que ya ha sido tomada en relación con esta Autorización, yo puedo revocar esta Autorización en cualquier momento entregando un aviso por escrito al Director de Desarrollo Corporativo, quien entonces enviará una copia al Director de Manejo de Calidad para el propósito de registrar/rastrear las divulgaciones. Al menos que sea revocada, esta Autorización expirará en un (1) año a partir de la fecha en que fue firmada. Entiendo que Valeo no puede reproducir copias de mi imagen, detalles o historia que ya haya sido distribuida.

Volver a divulgar: Entiendo que la información divulgada por esta Autorización puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente por cualquiera que la reciba y que la información divulgada ya no será protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996. Los empleados de Valeo y oficiales son eximidos por este medio de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información arriba mencionada según el alcance indicado y autorizado en este documento.

Firma de la Persona Atendida o Guardián que puede Solicitar la Divulgación: Entiendo que me puedo negar a firmar esta autorización y que si lo hago, Valeo no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios para el individuo identificado anteriormente a que si firmo o no esta información de salud especificada para los propósitos descritos anteriormente.

Firma

Fecha de firma

Firma de Guardian Legal o Representante Personal

Fecha de firma

Testigo