

Formulario de autorización de publicación en medios de difusión

Lea cuidadosamente este aviso antes de firmar esta Autorización.

La finalidad de esta Autorización

Queremos saber si está de acuerdo en que utilicemos su nombre, fotografía e historia. También queremos saber si podemos utilizar cualquier comentario que usted comparta con nosotros. Esto puede incluir información sobre su historial médico.

Texto legal: Si elige proporcionar esta Autorización, permitirá que First Choice by Select Health of South Carolina y sus afiliadas* utilicen y divulguen su información médica protegida (PHI) y su información médica no protegida (no PHI) para comunicar sus experiencias y otra información sobre los servicios que recibió de First Choice by Select Health of South Carolina. La información médica protegida y no protegida que puede utilizarse y divulgarse incluye su nombre, edad, fotografía, video y/o declaraciones/testimonios sobre los servicios que usted recibió o el progreso de su salud o afección (conjuntamente denominados "Fotografías e Historias"). Si usted brinda esta Autorización, First Choice by Select Health of South Carolina y sus afiliadas podrán utilizar o divulgar sus Fotografías e Historias por los siguientes motivos:

- Para ilustrar la naturaleza o el progreso de su afección en medios impresos o de difusión, publicaciones de Internet o revistas científicas.
- Para presentaciones y publicaciones científicas.
- Para materiales educativos.
- Para materiales promocionales y publicaciones de la empresa con el fin de difundir los beneficios clínicos que se obtienen al recibir tratamiento para ciertas afecciones.

Esta Autorización es voluntaria

Es usted quien decide firmar este formulario. Al firmar, usted acepta que podemos usar sus Fotografías e Historias sin efectuarle un pago. Sus beneficios de First Choice by Select Health of South Carolina no cambiarán.

Texto legal: Esta Autorización es voluntaria y usted no tiene obligación de firmarla. Si decide no firmar esta Autorización, no condicionaremos su inscripción o participación en First Choice by Select Health of South Carolina, su elegibilidad para recibir beneficios o pagos, o el pago de beneficios o remuneración en base a si firma o no firma esta Autorización. Usted entiende que no tendrá derecho a ningún pago o remuneración si First Choice by Select Health of South Carolina y/o sus afiliadas usan o divulgan sus Fotografías e Historias con la finalidad descrita en esta Autorización. Si usted es trabajador para First Choice by Select Health of South Carolina o sus afiliadas, su información puede ser utilizada después de que su empleo en First Choice by Select Health of South Carolina o sus entidades relacionadas haya finalizado.

Esta Autorización puede ser cancelada

Incluso si usted firma el formulario, usted puede cambiar de opinión. Solamente háganoslo saber. Puede informarnos mediante el envío de una carta por correo a nuestra oficina. La dirección es: First Choice by Select Health of South Carolina, Attn: Corporate Communications, 200 Stevens Drive, Philadelphia, PA 19113. Su aviso debe indicar la fecha en que se firmó su Autorización. También debe incluir la fecha en que desea que esta Autorización termine. Una vez que recibamos la cancelación, dejaremos de utilizar su información. Sin embargo, su información aún puede ser utilizada por aquellos que la recibieron antes de su cancelación. Esto se debe a que ya se hizo pública. Tenga en cuenta que no podemos recuperar la información que compartimos antes de su cancelación.

Texto legal: Incluso si usted firma esta Autorización ahora, puede cancelar esta Autorización si cambia de opinión y ya no quiere que sus Fotografías e Historias se usen o divulguen con la finalidad indicada en esta Autorización. Debe enviar un aviso escrito de su cancelación a First Choice by Select Health of South Carolina. Toda cancelación será efectiva únicamente para los usos y las divulgaciones de sus Fotografías e Historias en el futuro. Su cancelación no será efectiva para los usos, las divulgaciones y/o publicaciones que ya hayamos realizado en base a esta Autorización. Asimismo, usted comprende que las personas que reciban esta información pueden volver a divulgar las Fotografías e Historias usadas o divulgadas de conformidad con esta Autorización (por ejemplo, en una publicación); y sus Fotografías e Historias ya no estarán protegidas por las leyes de privacidad federales (Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico, HIPAA) y otras leyes federales y estatales vigentes. Incluso aún después de la cancelación de esta Autorización, podemos conservar copias de las versiones electrónicas o impresas de publicaciones que utilicen sus Fotografías e Historias. Su cancelación se extenderá sólo a las versiones de esta información dentro de nuestro control que no hayan sido publicadas previamente.

La información médica protegida (PHI) y la información médica no protegida (no PHI) que usted autoriza a First Choice by Select Health of South Carolina y sus afiliadas* a usar y/o divulgar es la siguiente:

- Su nombre.
- Imagen computarizada.
- Declaraciones y testimonios.
- Fotografía o imagen.
- Video.
- Edad.

Lea atentamente y marque las tres casillas de verificación siguientes. Si las tres casillas no están marcadas, no podremos utilizar sus Fotografías e Historias.

Estoy de acuerdo en que utilicen mi foto e información para los asuntos personales de su compañía.

Texto legal: Autorizo a First Choice by Select Health of South Carolina y sus afiliadas* a utilizar la información médica protegida (PHI) y la información médica no protegida (no PHI) descrita anteriormente en comunicaciones y publicaciones realizadas por First Choice by Select Health of South Carolina y sus afiliadas* o en su nombre. Esta Autorización se extiende a las versiones electrónicas de publicaciones en sitios de Internet y otras aplicaciones en Internet o electrónicas de First Choice by Select Health of South Carolina y sus afiliadas*, así como versiones impresas, filmadas y grabadas.

Estoy de acuerdo en que se comparta mi foto e información con el público en general.

Texto legal: Autorizo a First Choice by Select Health of South Carolina y sus afiliadas* a divulgar mi información médica protegida (PHI) y mi información médica no protegida (no PHI) descrita anteriormente al público en general, incluyendo, entre otros, en noticias y medios electrónicos, publicaciones en Internet, televisión, radio, periódicos o revistas.

Estoy de acuerdo en que se utilice mi foto e información. Entiendo que ustedes no pueden controlar cómo mi foto y mi información se utilizarán cuando se hacen públicas.

Texto legal: Por la presente libero y eximo para siempre a se utilizarán y sus afiliadas*, que incluyen sus funcionarios, directores, asociados, agentes y contratistas de toda responsabilidad, reclamo o daño de cualquier naturaleza, que surjan o se relacionen con cualquier reproducción, publicación u otro uso o divulgación no autorizada de la PHI y no PHI identificada anteriormente por parte de cualquier persona o entidad distinta de First Choice by Select Health of South Carolina y sus afiliadas*, así como a sus funcionarios, directores, asociados, agentes y contratistas.

Lea atentamente y marque la casilla de verificación que mejor se aplique a su caso.

Este formulario tiene vigencia durante 10 años a partir de hoy. Usted puede cancelar antes de los 10 años mediante una carta que solicite a First Choice by Select Health of South Carolina que deje de usar sus fotografías e historias.

- Soy miembro de First Choice by Select Health of South Carolina.
- Trabajo o trabajaba para First Choice by Select Health of South Carolina o sus afiliadas*.
- Soy un proveedor médico.
- Soy miembro del público en general y no estoy inscrito en First Choice by Select Health of South Carolina ni en sus afiliadas*.

Nombre:	Inicial media:	Apellido:
Identificación del miembro (si corresponde):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): / /	
Número de teléfono:	Correo electrónico:	
Nombre del padre, tutor o representante legal (si corresponde):	Apellido:	
Firma (del padre, tutor o representante legal si el sujeto es un menor):		
Fecha de hoy (MM/DD/AAAA):	/ /	
Evento de hoy, si corresponde:		

* Las afiliadas incluyen la familia de compañías de AmeriHealth Caritas, todas las líneas de negocios, terceras partes afiliadas y subsidiarias existentes y futuras.