

Chấp thuận về Phương tiện Truyền thông

Mẫu này là để thông báo về các quyền của quý vị và để bảo vệ những quyền đó. Nếu có thắc mắc, vui lòng thảo luận với người giúp quý vị điền đơn này.

- Tôi cho phép Northwest Kidney Centers lưu lại, tái tạo và phát hành các hình ảnh, video, âm thanh, văn bản thông báo hoặc trích dẫn thông tin từ tôi trong các ấn bản, phát sóng truyền thông hoặc trực tuyến. Tôi cho phép sử dụng thông tin này cùng với tên của tôi trong các việc như:

Giáo dục cho bệnh nhân, nhân viên hoặc công chúng về nguyên nhân và điều trị bệnh thận và/hoặc hiến và ghép thận; công bố liên quan đến việc gây quỹ, nghiên cứu thận hoặc các sự kiện đặc biệt.

- Tôi xác nhận rằng tôi sẽ không được bồi thường dưới bất kỳ hình thức nào cho thời gian của tôi hoặc cho việc phát hành các bài viết, hình ảnh, âm thanh và/hoặc video.
- Northwest Kidney Centers không yêu cầu tôi phải ký bản chấp thuận này để được điều trị hoặc được thanh toán cho bất kỳ hóa đơn nào. Việc ký hoặc không ký tên vào bản chấp thuận này sẽ không có bất kỳ ảnh hưởng nào đến bảo hiểm y tế của tôi.
- Nếu là bệnh nhân, tôi hiểu rằng khi thông tin của tôi đã được công bố công khai thì có thể sẽ không còn được bảo vệ theo luật bảo vệ quyền riêng tư của bệnh nhân nữa.
- Tôi hiểu là tôi có thể thu hồi lại sự cho phép của tôi bất cứ lúc nào, ngoại trừ thông tin đã công bố. Để hủy chấp thuận này, tôi sẽ phải liên hệ với ban Truyền thông của Northwest Kidney Centers.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được nhận một bản sao của mẫu chấp thuận này.

Tên của cá nhân

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Chữ ký của cá nhân, người giám hộ hoặc đại diện

Địa chỉ email

Mối quan hệ của đại diện với cá nhân

Số điện thoại

Northwest Kidney Centers

Biểu mẫu và Tài liệu Đính kèm/Quản trị Hành chính/Mẫu Ủy quyền Phương tiện Truyền thông

Giúp chúng tôi tìm được hình ảnh này trong các hồ sơ của chúng tôi

Ngày chụp ảnh: _____ Nơi chụp: _____

Người chụp: _____

Mô tả thực tế của đối tượng được chụp ảnh (sắc tộc, màu tóc, quần áo):

Sự kết nối của người này với Northwest Kidney Centers (bao gồm các phòng khám, nếu có):

Sửa chính tả cho tên cho tất cả mọi người trong ảnh và mối quan hệ của họ với đối tượng chính:

Đánh dấu tất cả các mục áp dụng:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bệnh nhân thẩm phân lọc máu tại trung tâm | <input type="checkbox"/> Người hiến thận |
| <input type="checkbox"/> Chăm sóc đặc biệt | <input type="checkbox"/> Nhân viên |
| <input type="checkbox"/> Bệnh nhân thẩm phân lọc máu tại nhà | <input type="checkbox"/> Bác sĩ |
| <input type="checkbox"/> Bệnh nhân thẩm phân phúc mạc | <input type="checkbox"/> Tình nguyện viên (ví dụ: thành viên hội đồng) |
| <input type="checkbox"/> Người nhận cấy ghép | <input type="checkbox"/> Nhà tài trợ tài chính |

Nếu quý vị đổi ý trong tương lai, hãy ký tên vào dưới đây và gửi lại mẫu này.

- Tôi không muốn cho phép Northwest Kidney Centers sử dụng hình ảnh hoặc thông tin của tôi nữa. (Ký tên và để ngày vào dưới đây để thu hồi lại sự cho phép của quý vị).

Chữ ký của bệnh nhân (bắt buộc)	Ngày (bắt buộc)

Gửi lại một bản sao của mẫu này đến Communications@nwkidney.org hoặc
Communications, Northwest Kidney Centers, 12901 20th Ave S, SeaTac, WA 98168