

Consentimiento sobre medios

Este formulario fue creado para informarle sobre sus derechos y preservarlos. Si tiene preguntas, hable con la persona que le ayuda con el formulario.

- Otorgo permiso a Northwest Kidney Centers para registrar, reproducir y distribuir fotografías, videos, audios, declaraciones escritas o aseveraciones mías en medios impresos, medios de difusión o en línea. Autorizo el uso de esta información junto con mi nombre para usos tales como:

Educación de pacientes, personal o el público sobre las causas y tratamiento de enfermedad renal y/o donación y trasplante de riñón; publicidad relacionada con recaudación de fondos, investigación sobre riñón o eventos especiales.

- Soy consciente de que no recibiré remuneración de ninguna forma por mi tiempo o por la producción de artículos, fotografías, audios y/o videos.
- Northwest Kidney Centers no me hará firmar este acuerdo para recibir tratamiento o como pago de ninguna factura. Firmar o no firmar no tendrá ningún efecto sobre mi cobertura de seguro de salud.
- Si soy un paciente, entiendo que una vez que mi información se comparta públicamente, ya no podrá ser protegida por las leyes de privacidad de los pacientes.
- Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento, excepto por la información que ya ha sido liberada. Para cancelar este acuerdo, me comunicaré con el Departamento de comunicaciones de Northwest Kidney Centers.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

Nombre de la persona

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Firma de la persona, tutor o representante

Dirección de correo electrónico

Relación del representante con la persona

Número de teléfono

Northwest Kidney Centers

Formularios y documentos adjuntos/Administración/Formulario de autorización de medios

Ayúdenos a encontrar esta fotografía en nuestros archivos

Fecha de toma de la fotografía: _____ Lugar: _____

Fotógrafo: _____

Descripción física del sujeto de la fotografía (etnia, color de cabello, ropa):

Conexión de la persona con Northwest Kidney Centers (incluya la clínica, si corresponde):

Escritura correcta de los nombres de todas las personas en la fotografía y su relación con el sujeto principal:

Marque todas las que correspondan:

- Paciente de diálisis en el centro
- Atención especial
- Paciente de hemodiálisis en el hogar
- Paciente de diálisis peritoneal
- Receptor de trasplante
- Donante de riñón
- Miembro del personal
- Médico
- Voluntario (miembro del consejo, por ejemplo)
- Donante financiero

Si cambia de parecer en el futuro, firme debajo y envíe de vuelta el formulario.

Ya no deseo permitir que Northwest Kidney Centers usen mi imagen o información. (Firme y coloque la fecha a continuación para retirar su permiso).

Firma del paciente (requerido)	Fecha (requerido)

Devuelva una copia de este formulario a Communications@nwkidney.org o Communications, Northwest Kidney Centers, 12901 20th Ave S, SeaTac, WA 98168