



Fecha \_\_\_\_\_

**Formulario de Consentimiento para Publicidad**

Nombre \_\_\_\_\_ Credenciales Profesionales \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, doy mi permiso para que el Greenville Health System (y/o sus agentes) me

Entrevisten \_\_\_\_\_ Graben en Video/Filmen \_\_\_\_\_ Graben la voz \_\_\_\_\_ Tomen fotos \_\_\_\_\_

y/o a los siguientes individuos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Para usarse en:
- Actividades de publicidad y relaciones públicas internas y/o externas
  - Historias de noticias externas
  - Programas educativos internos y/o externos
  - Educación clínica
  - Exhibiciones públicas internas y/o externas
  - La página web de GHS y/o redes de comunicación social (por ejemplo Facebook, Twitter, YouTube etc.)
  - Otro \_\_\_\_\_

Entiendo que el propósito/objeto principal de esta entrevista, video, filmación, grabación, y/o foto es \_\_\_\_\_. Además, doy mi permiso para que el Greenville Health System use esta entrevista, video, filmación, grabación, y/o foto de manera razonable congruente con los esfuerzos comunitarios y con la misión del Greenville Health System.

Al firmar este formulario, le doy al Greenville Health System permiso de usar la entrevista, video, filmación, grabación, y/o foto para los propósitos indicados anteriormente sin ninguna limitación, incluyendo el uso en periódicos, revistas, sitios web, radio, y televisión. En caso de una entrevista, entiendo que al firmar este formulario también le doy permiso al médico entrevistado de discutir mi caso.

Entiendo que yo puedo inspeccionar y/o solicitar una copia de la entrevista, video, filmación, grabación, y/o foto que se está creando. Antes de la publicación, me podrían proporcionar una copia de cualquier escrito que vaya a usarse.

Entiendo que mi permiso no me da derecho a ningún pago, tratamiento, inscripción en un plan de salud, o elegibilidad para algún beneficio.

También estoy de acuerdo en no hacer responsable al Greenville Health System y/o sus agentes de cualquier publicidad o cualquier efecto de ningún tipo que pueda resultar del uso o divulgación de esta entrevista, video, filmación, grabación, y/o foto. Yo no puedo reclamar ninguna invasión de mi privacidad, ningún uso indebido de mi imagen, o cualquier otro daño a mi reputación como resultado de que di permiso para el uso o divulgación de esta entrevista, video, filmación, grabación, y/o foto. El permiso caducará cuando yo retire mi permiso por escrito.

Certifico que estoy dando mi permiso libremente y que podría retirar mi permiso en cualquier momento antes de que el Greenville Health System y/o sus agentes actúen con base en mi autorización.

Entiendo que dar mi autorización para que se use en la entrevista, video, filmación, grabación, y/o foto que se está creando es completamente voluntario. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que si me niego, mi decisión no afectará mi capacidad de recibir tratamiento en el Greenville Health System.



**GREENVILLE  
HEALTH SYSTEM**

Entiendo que puedo retirar mi permiso para usar la entrevista, video, filmación, grabación, y/o foto que se está creando en cualquier momento dándole una notificación por escrito a GHS y que Greenville Health System y/o sus agentes pueden continuar usando la entrevista, video, filmación, grabación, y/o foto a menos que retire mi permiso por escrito. (reverso)

Firma del sujeto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_,

Firma del representante personal (si el sujeto es un menor o incapaz de firmar) \_\_\_\_\_

Su relación (parentesco) con el sujeto, por ej., padre, tutor, etc. \_\_\_\_\_

Reverse side to be completed by GHS staff

**To be completed by GHS staff:**

Name of Greenville Health System representative \_\_\_\_\_

Department \_\_\_\_\_ Title \_\_\_\_\_

Location of interview, videotaping, filming, recording, and/or photography \_\_\_\_\_

Subject is    \_\_\_patient    \_\_\_former patient    \_\_\_visitor/family    \_\_\_staff    \_\_\_physician  
                  \_\_\_other \_\_\_\_\_

\_\_\_ Special instructions attached    \_\_\_ Copy to Patient Medical Record    \_\_\_ Copy to Media File