

Consent to Photograph and Publish

This authorization is not valid unless all sections of the form are completed and it is signed by both the subject of the authorization and an Asante representative.

Name _____ DOB _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

I authorize Asante to allow photographs, video and/or audio recordings, interviews of myself, and any information I provide regarding my medical care or hospital experience to be published by Asante or by the news media.

To revoke this authorization, please send a written statement to Asante Communications and Marketing, 2596 East Barnett Road, Suite A, Medford, OR 97504, and state that you are revoking this authorization.

I release any and all rights or claims for payment or royalties in connection with any publication or other showing of these video or audio recordings, photographs, or interviews, regardless of whether such publication is under philanthropic, commercial, or private sponsorship. I agree to release and hold harmless Asante, its trustees, agents, officers, and employees from any liability related to the making or use of these video or audio recordings, photographs, or interviews for the purposes stated above. I understand that the information released may be subject to re-disclosure by some recipients and may no longer be protected by federal and state privacy rules related to health information.

I have read this authorization and I understand it.

(Signature of individual or personal representative) (Date)

You are not required to sign this authorization. If consent is given, you have the right to request cessation of audio or video recording, photography, or interviews, and you have the right to rescind consent for use up to a reasonable time before the recording or information gathered in the interviews is used; any uses or disclosures already made with your permission may not be undone.

Description of personal representative's authority:

Witness representing Asante:

This authorization is for use by Asante Communications and Marketing and is not part of the patient's medical record. All completed authorizations must be delivered to Asante Communications and Marketing. When photography, filming, or recording are to be used only for medical or clinical education purposes, documentation of consent is obtained on the Conditions of Services Rendered form.

THIS FORM NOT TO BE INCLUDED IN THE MEDICAL RECORD.

13CM019

Communications and Marketing • 2596 East Barnett Road, Suite A, Medford, OR 97504 • (541) 789-4241 • Fax (541) 789-3501



Consentimiento para tomar fotografía o publicar

Esta autorización no es válida a menos que todas las secciones del formulario estén llenas y dicho formulario lleve la firma tanto por parte de la persona que autoriza como de un representante de Asante.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Otorgo el permiso a Asante de tomar fotografías, grabaciones de audio y/o video, entrevistas de mi persona, y cualquier información que dé a conocer acerca de mi cuidado médico o experiencia hospitalaria para que Asante o los medios informativos la hagan pública.

Libero de cualesquier y todos los derechos o reclamaciones por el pago o regalías en relación con cualquier publicación u otra exhibición de estas grabaciones de audio y video, fotografías, o entrevistas; independientemente de si tal publicación está bajo patrocinio filantrópico, comercial o privado. Estoy de acuerdo con la liberación de mantener indemne a Asante, sus consejeros, agentes, funcionarios, y empleados de alguna responsabilidad relacionada con la grabación o el uso de estas grabaciones de audio o video, las fotografías, o las entrevistas para los fines antes mencionados. Entiendo que la información proporcionada puede estar sujeta a la redifusión por parte de otros beneficiarios y es posible que ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad estatales o federales relacionadas con la información médica.

No es necesario que firme esta autorización. Si se otorga el consentimiento, usted tiene el derecho de solicitar la suspensión de las grabaciones de audio y video, fotografías o entrevistas, así como usted tiene el derecho de rescindir o anular el consentimiento para el uso a un tiempo razonable antes de que se utilice la grabación o la información recopilada en las entrevistas. Cabe mencionar que no se podrá anular el uso o la divulgación ya realizadas bajo su permiso. Para revocar esta autorización,

sírvase de mandar una declaración por escrito a Asante Communications and Marketing, 2596 East Barnett Road, Suite A, Medford, OR 97504, y el estado que está revocando esta autorización.

He leído esta autorización y la entiendo.

(Firma del individuo o representante) (Fecha)

Descripción de la autoridad del representante:

Testigo que representa a Asante:

Esta autorización es exclusiva para el uso de Asante Communications and Marketing y no forma parte del registro médico del paciente. Todas las autorizaciones completas deben entregarse a Asante Communications and Marketing. Cuando se hace uso de la fotografía, filmación o grabación únicamente para fines de educación médica o clínica, la documentación del consentimiento se obtiene en el formato de Condiciones de Prestación de Servicios.

ESTE FORMATO NO ESTÁ INCLUIDO EN EL REGISTRO MÉDICO

15CM001

Communications and Marketing • 2596 East Barnett Road, Suite A, Medford, OR 97504 • (541) 789-4241 • Fax (541) 789-3501

