

AUTHORIZATION FOR MEDIA AND/OR YNHHS/YALE PHOTOGRAPHS, VIDEOTAPING, AND INTERVIEWS

I authorize Yale New Haven Health System (YNHHS) and/or Yale University, and their representatives or affiliates, to:

- Take and use photographs or films of me/the patient and/or interview me/the patient for the purposes of publicity, education and/or marketing through internal publication, external publication, radio, television, video, social media, or internet publication by YNHHS and/or Yale University.
- Provide my name/the patient's name and contact information to the following public news media organizations: _____ in connection with my/the patient's treatment and experience as a patient, for the purposes of interviewing me/the patient. I understand that any further information disclosed by me/the patient to this external organization regarding my/the patient's treatment may be redisclosed further.

Such photographs, films and/or interview content will disclose the fact that I/the patient have been a patient of YNHHS and/or Yale University and may contain other information about me/the patient, including information I disclose in the interview, other private health information or facts that can be inferred from the content. I understand that:

- I am not required to sign this form in order to receive treatment or payment for my care.
- Information used or disclosed under this authorization may be reused by the recipient and may no longer be protected by privacy regulations.
- I may revoke this authorization at any time by notifying YNHHS and/or Yale University, as applicable, in writing, and the revocation will be effective on the date notified (except to the extent action or publication has already been taken based on my earlier authorization, in which case we will attempt to remove the assets from our system but cannot recall uses outside our control).
- This authorization will expire once YNHHS and/or Yale University has finished the publicity, education, and/or marketing activities, unless I have given written notification to revoke my authorization.
- Neither I nor YNHHS or Yale University will receive direct or indirect payment for the communication related to this photo, film or interview.

When completed, this form will be retained by Public Affairs, Marketing or Communications staff or other appropriate, authorized person. For photo permission for medical or other non-marketing purposes, please contact the Office of Privacy and Corporate Compliance at privacy@ynhhs.org or the Yale University Privacy office at hipaa@yale.edu.

YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM PROVIDES INTERPRETERS FREE OF CHARGE

NAME OF PATIENT/PARTICIPANT

STREET ADDRESS

CITY, STATE, ZIP

EMAIL

TELEPHONE

I AM THE PARTICIPANT

I AM THE PARENT/LEGAL GUARDIAN/PERSONAL REPRESENTATIVE (IF PATIENT/SUBJECT IS UNDER 18 OR INCAPABLE OF SIGNING)

SIGNATURE

DATE

**COPY TO PATIENT/PARTICIPANT
FOR OFFICE USE**

PROJECT

NAME OF PHOTOGRAPHER OR INTERVIEWER

AUTORIZACIÓN PARA LA FOTOGRAFÍA Y/O ENTREVISTAS, VIDEOS PARA YNHHS/YALE Y LOS MEDIOS

Autorizo a Yale New Haven Health System (YNHHS) y/o a Yale University, y a sus representantes o afiliados, a:

- Tomar y usar fotografías o filmaciones de mí/el paciente y/o entrevistarme/el paciente con fines de publicidad, educación y/o mercadeo (marketing) a través de publicaciones internas, publicaciones externas, radio, televisión, video, redes sociales o publicaciones en Internet por parte de YNHHS y/o Yale University.
- Proporcionar mi nombre/el nombre del paciente e información de contacto a las siguientes organizaciones de medios de comunicación públicos: _____ in conexión con mi/el tratamiento y mi/la experiencia como paciente, con el fin de entrevistarme a mí/el paciente. Entiendo que cualquier otra información divulgada por mí/el paciente a esta organización externa con respecto a mi tratamiento como paciente puede volver a divulgarse aún más.

Dichas fotografías, filmaciones y/o contenido de la entrevista revelarán el hecho de que yo/el paciente he sido paciente de YNHHS y/o Yale University y pueden contener otra información sobre mí/el paciente, incluida la información que yo divulgo en la entrevista, otra información de salud privada y hechos que puedan inferirse del contenido. Entiendo que:

- No estoy obligado a firmar este formulario para recibir tratamiento o pago por mi atención.
- La información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser reutilizada por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las regulaciones de privacidad.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a YNHHS y/o a Yale University, según corresponda, por escrito, y la revocación entrará en vigor en la fecha de la notificación (excepto cuando acciones o publicaciones ya hayan sido realizadas basadas en mi autorización anterior, en cuyo caso intentaremos eliminar los activos de nuestro sistema, pero no podremos incidir sobre usos fuera de nuestro control).
- Esta autorización expirará una vez que YNHHS y/o Yale University hayan finalizado las actividades de publicidad, educación y/o mercadeo, a menos que yo haya dado una notificación por escrito para revocar mi autorización.
- Ni yo ni YNHHS ni Yale University recibiremos pago directo ni indirecto por la comunicación relacionada con esta foto, filmación o entrevista.

Una vez completado, este formulario será retenido por el personal de Asuntos Públicos, Mercadeo o Comunicaciones (Public Affairs, Marketing or Communications) u otra persona apropiada y autorizada. Para obtener permiso para tomar fotos con fines médicos u otros fines que no sean de mercadeo, comuníquese con la Oficina de Privacidad y Cumplimiento Corporativo (Office of Privacy and Corporate Compliance) en privacy@ynhhs.org o con la Oficina de Privacidad de Yale University (Yale University Privacy Office) en hipaa@yale.edu.

YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM PROPORCIONA SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN DE FORMA GRATUITA

NOMBRE DEL PACIENTE/PARTICIPANTE

DIRECCIÓN DE LA CALLE

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

FIRMA DEL PACIENTE/PARTICIPANTE

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/REPRESENTANTE PERSONAL (SI EL PACIENTE O SUJETO ES MENOR DE 18 AÑOS O NO PUEDE FIRMAR)

FIRMA

FECHA

**COPIA AL PACIENTE/PARTICIPANTE
 FOR OFFICE USE**

PROJECT

NAME OF PHOTOGRAPHER OR INTERVIEWER