

Autorización de entrevistas y multimedia

En consideración de mi participación en una entrevista, testimonio, fotografía, vídeo o grabación de audio para el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado, yo por lo presente doy mi consentimiento para la publicación, reproducción, distribución u otro uso por parte del Departamento o sus sucesores y cesionarios, de mi nombre, fotografía, semejanza, palabras, voz y/o información de salud personal* para su transmisión, uso comercial, publicidad, anuncio de servicio público, capacitación interna, comercio o cualquier otro medio relacionado con los programas y/o beneficios del Departamento.

- Soy mayor de edad o mayor, o si soy menor de edad, la autorización ha sido firmada y ratificada por mi tutor legal.
- Yo entiendo que la información proporcionada basado en esta autorización puede ser divulgada nuevamente en otra parte por el destinatario autorizado, y que el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado no tiene control sobre la divulgación adicional y no puede proteger la información después de su divulgación basado en esta autorización.
- Esta autorización expira cuando el Departamento ya no esté utilizando la entrevista, el testimonio, la fotografía, el vídeo, o la grabación de audio según este acuerdo, o cuando yo la revoque por escrito.
- Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito a la dirección que aparece a continuación. Yo entiendo que cualquier revocación solo puede aplicarse a futuras divulgaciones o acciones relacionadas con la divulgación de mi información y no puede cancelar las acciones tomadas o divulgaciones realizadas mientras la autorización estaba en efecto.
- Yo entiendo que el Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica de Colorado no condicionará mi tratamiento de atención médica, o el pago, o mi inscripción o mi elegibilidad para beneficios en mi ejecución de esta autorización.

Yo certifico que esta solicitud ha sido realizada voluntariamente y que la información proporcionada es precisa según mi mejor conocimiento. Una copia de esta autorización ejecutada es tan efectiva como el original.

Nombre legal impreso

Firma

Dirección (Por favor imprimir)

Número Telefónico

Fecha

Firma del padre o tutor legal

El padre, madre o tutor legal puede firmar en nombre de un hijo menor. El tutor legal, el poder notarial médico o su equivalente pueden firmar en nombre de un adulto - se requiere documentación.



Devuelva el formulario original completado a:

Oficial de información pública
Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica de Colorado
1570 Grant Street, Denver, CO 80203

*La información de salud personal puede incluir, pero no está limitado a, información de salud protegida, como detalles sobre salud física, salud mental y experiencias con el sistema de atención médica.

