

РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В MHS (MEMORIAL HEALTHCARE SYSTEM)

ВНИМАТЕЛЬНО И ПОЛНОСТЬЮ ПРОЧТИТЕ ДАННУЮ ФОРМУ ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ

Memorial Healthcare System (MHS) всегда благодарна, когда пациенты, их семьи и друзья готовы поделиться с нами своими историями. Ваша история помогает другим, кто ищет информацию о взаимодействиях, уходе и лечении, которые предоставляет MHS.

В MHS конфиденциальность информации о пациентах является одним из наших высших приоритетов, и мы делаем все возможное, чтобы медицинская информация о вас и (или) вашем ребенке хранилась в конфиденциальности. MHS запрашивает у вас разрешение на использование медицинской информации о вас и (или) вашем ребенке и на получение и использование аудио/видео/фотоматериалов с вашими и(или) вашими детьми во время внутренних и внешних коммуникаций MHS, включая использование для медицинского образования, государственных дел, сбора средств и маркетинговых мероприятий. Такие материалы могут быть использованы в печатных изданиях, онлайн или в средствах массовой информации (например, для телевидения, радио, для газет, журналов и социальных сетей).

Информация о пациенте:

Имя: _____ Дата рождения: _____

Адрес/город/штат/почтовый индекс: _____

Основной номер телефона: _____ Резервный номер телефона: _____

Я, _____, настоящим заявляю, что я являюсь пациентом или я являюсь родителем или законным
Имя и фамилия

опекуном упомянутого выше пациента (далее именуемого «мой ребенок»), и я даю свое разрешение и согласие MHS на съемку, видеосъемку, фотографию и (или) интервьюирование меня и (или) моего ребенка. Я даю разрешение MHS на охрану, использование и повторное использование этих материалов, а также на воспроизведение и симуляцию меня и (или) моего ребёнка в любом формате публикации.

Я понимаю, что после моего соглашения с данным Разрешением раскрытая информация о моем здоровье или о здоровье моем ребенке может больше не быть защищена законами штата и федеральными законами о конфиденциальности.

Я понимаю, что я не обязан(-а) подписывать это разрешение и что MHS не обязывает меня или моего ребёнка к лечению, оплате, определению права на получение льгот или на участие в деятельности при подписании этой формы, и я не буду иметь право на какую-либо выплату, роялти или любые другие формы компенсации в результате использования какой-либо информации.

Настоящим я освобождаю MHS от любых претензий и требований, возникающих из или в связи с использованием любого материала в соответствии с условиями настоящего разрешения, включая, но не ограничиваясь любыми исками о диффамации, вторжении в конфиденциальность или нарушении авторских прав или моральных прав.

Я понимаю, что фотографии, электронные изображения, фильмы и (или) видео-/аудиозаписи могут быть отредактированы, изменены или ретушированы в художественных целях или по другим причинам для графической работы, что может быть под контролем MHS, и я отказываюсь от любого права проверять или утверждать готовую публикацию. Я понимаю и разрешаю медицинскому персоналу, сотрудникам и агентам MHS, оказавшим мне или моему ребенку помощь, обсуждать уход, диагноз и лечение меня или моего ребенка.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что данное Разрешение действительно для настоящих и будущих публикаций и не имеет срока давности. Я понимаю, что могу отозвать или аннулировать это Разрешение в разумные сроки до использования опубликованных материалов, направив уведомление об отзыве данного Разрешения в письменной форме в Отдел маркетинга и корпоративных коммуникаций MHS.

ЮРИДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ

3111 Stirling Road, Hollywood, FL 33312 Tel. (954) 265-5933 Fax (954) 276-0487 MHS.net
South Broward Hospital District



РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ
ПУБЛИКАЦИИ В MHS

2310-02908 РЕД (01/2020)



СТРАНИЦА 1 ИЗ 2

ПАЦИЕНТ/ЭТИКЕТКА

3111 Stirling Road, Hollywood, Florida 33312. Я понимаю, что любое аннулирование данного Разрешения будет распространяться только на те версии информации, которые не были ранее опубликованы MHS.

Я полностью прочитал(-а) и понял(-а) вышеуказанное Разрешение и полностью ознакомился(-лась) с его содержанием. Я также подтверждаю, что с фотокопиями этого подписанного Разрешения будут обращаться так же, как и с оригиналом.

Подписываясь ниже, я подтверждаю, что полностью прочитал(-а) данную форму, что на все мои вопросы по поводу этой формы и использования информации моего и/или моего ребенка в целях публикации были даны ответы, что у меня на данный момент нет дополнительных вопросов, и я соглашаюсь со всем вышеперечисленным.

_____	_____
Подпись лица или родителя/уполномоченного законного представителя/опекуна	Дата

Имя лица или родителя/законного представителя/опекуна печатными буквами	
_____	_____
Родство законного представителя/опекуна с лицом	Имя несовершеннолетнего лица
_____	_____
Подпись свидетеля	Дата

Имя свидетеля печатными буквами	

Подтверждение члена семьи/друга

Я, _____, являюсь членом семьи/другом упомянутого выше пациента, и я даю согласие на то, _____
Имя и фамилия

чтобы MHS снимала на видео, фотографировала и (или) брала у меня интервью. Настоящим я освобождаю MHS от любых претензий и требований, возникающих из или в связи с использованием любого материала в соответствии с условиями настоящего разрешения, включая, но не ограничиваясь любыми исками о диффамации, вторжении в конфиденциальность или нарушении авторских прав или моральных прав. Я понимаю, что фотографии, электронные изображения, фильмы и (или) видео-/аудиозаписи могут быть отредактированы, изменены или ретушированы в художественных целях или по другим причинам для графической работы, что может быть под контролем MHS, и я отказываюсь от любого права проверять или утверждать готовую публикацию. У меня не будет права на какую-либо выплату, роялти или любые другие формы получения вознаграждения в результате любой публикации. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что данное Разрешение действительно для настоящих и будущих публикаций и не имеет срока давности. Я понимаю, что могу отозвать или аннулировать это Разрешение в разумные сроки до использования опубликованных материалов, направив уведомление об отзыве данного Разрешения в письменной форме в Отдел маркетинга и корпоративных коммуникаций MHS по адресу 3111 Stirling Road, Hollywood, Florida 33312. Я понимаю, что любое аннулирование данного Разрешения будет распространяться только на те версии информации, которые не были ранее опубликованы MHS.

Имя и фамилия печатными буквами: _____	Имя и фамилия печатными буквами: _____	Имя и фамилия печатными буквами: _____
Подпись: _____	Подпись: _____	Подпись: _____
Дата: _____	Дата: _____	Дата: _____

ЮРИДИЧЕСКИЙ ОТДЕЛ
3111 Stirling Road, Hollywood, FL 33312 Tel. (954) 265-5933 Fax (954) 276-0487 MHS.net
South Broward Hospital District



СТРАНИЦА 2 ИЗ 2



ПАЦИЕНТ/ЭТИКЕТКА