

# AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO MÉDICA PARA PUBLICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE MEMORIAL

## POR FAVOR, LEIA ESTE FORMULÁRIO COM ATENÇÃO E NA ÍNTEGRA ANTES DE ASSINAR.

O Memorial Healthcare System (“MHS”) agradece sempre quando os paciente, familiares e amigos partilham as suas histórias sobre a experiência que tiveram connosco. A sua história ajuda outras pessoas que procuram informações sobre as interações, os cuidados e o tratamento oferecidos pelo MHS.

Na MHS, a privacidade do paciente é uma das nossas maiores prioridades, e mantemos essa privacidade garantindo que as informações de saúde suas e/ou do seu filho são mantidas confidenciais. A MHS solicita a sua autorização para utilizar as suas informações de saúde e/ou as do seu filho(a), bem como para captar e utilizar material áudio/vídeo/fotográfico seu e/ou do seu filho(a) nas comunicações internas e externas da MHS, incluindo para fins de educação médica, relações públicas, angariação de fundos e atividades de marketing. Estes materiais podem ser utilizados em publicações em formato impresso, online ou em meios como TV, rádio, jornais, revistas e redes sociais.

### Informações do paciente:

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço/Cidade/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefone principal: \_\_\_\_\_ Telefone secundário: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que sou o paciente OU sou o pai ou o responsável legal do paciente acima

Nome

mencionado (doravante designado por “meu filho”), e concordo e dou a minha permissão e consentimento para que a MHS filme, gravar em vídeo, fotografar e/ou entrevistar-me a mim e/ou ao meu filho. Autorizo a MHS a registar os direitos de autor, a utilizar e reutilizar estes materiais, bem como reproduções e simulações minhas e/ou do meu filho(a), em qualquer formato de publicação.

Tomei conhecimento que, ao concordar com esta Autorização, as minhas informações de saúde ou as do meu filho(a) que forem divulgadas poderão deixar de estar protegidas pelas leis de privacidade estaduais e federais.

Compreendo que não sou obrigado(a) a assinar esta Autorização e que a MHS não condiciona o meu tratamento ou o do meu filho(a), o pagamento, a elegibilidade para benefícios ou as atividades de inscrição à assinatura deste formulário, e não terei direito a qualquer pagamento, royalties ou qualquer outra forma de compensação como resultado do uso de qualquer informação.

Por este instrumento, isento e exonero a MHS de toda e qualquer responsabilidade por quaisquer reivindicações e exigências decorrentes ou relacionadas com a utilização de qualquer material de publicação de acordo com os termos da presente Autorização, incluindo, entre outras, quaisquer reivindicações por difamação, invasão de privacidade ou violação de direitos de autor ou direitos morais.

Tomei conhecimento que as fotografias, imagens eletrónicas, filmes e/ou gravações de vídeo/áudio podem ser editadas, modificadas ou retocadas para fins artísticos ou por outros motivos de produção gráfica, que podem ou não estar sob o controlo da MHS, e renuncio a qualquer direito de inspecionar ou aprovar a publicação final. Compreendo e autorizo a equipa médica, os funcionários e os agentes da MHS que prestaram cuidados a mim ou ao meu filho a discutirem os meus cuidados, diagnóstico e tratamento, ou os do meu filho.

Compreendo e concordo que esta Autorização é válida para publicações presentes e futuras e não tem data de expiração. Tomei conhecimento que posso revogar ou retirar esta permissão até um prazo razoável antes da utilização do material de publicação, mediante o envio da minha revogação desta Autorização por escrito ao Departamento de Marketing e Comunicação

DEPARTAMENTO JURÍDICO

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



AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE  
INFORMAÇÃO MÉDICA PARA PUBLICAÇÃO DO MHS



PÁGINA 1 DE 2

PACIENTE/RÓTULO

Corporativa da MHS. 3111 Stirling Road, Hollywood, Florida 33312. Tomei conhecimento de que qualquer revogação desta Autorização se aplicará apenas às versões das informações sob o controle da MHS que não tenham sido publicadas anteriormente.

Li e compreendi integralmente a Autorização acima referida e estou plenamente familiarizado com o seu conteúdo. Mais declaro que as fotocópias desta autorização assinada serão consideradas válidas da mesma forma que o original.

Ao assinar abaixo, confirmo que li este formulário na íntegra, que todas as minhas dúvidas sobre este formulário e sobre a utilização das minhas informações e/ou das informações do meu filho(a) para publicação foram esclarecidas, que não tenho mais perguntas neste momento e que aceito tudo o que foi mencionado acima.

Assinatura individual ou do pai/responsável legal/tutor

Data

Nome impresso da pessoa ou do pai/responsável legal/tutor

Relação do representante legal/tutor com o indivíduo

Nome do menor

Assinatura da testemunha

Data

Nome impresso da testemunha

### **Atestado de familiar/amigo**

Eu, \_\_\_\_\_, sou um familiar/amigo do paciente acima mencionado e autorizo a MHS a filmar-

Nome

me, gravar-me em vídeo, fotografar e/ou entrevistar-me. Por este instrumento, isento e exonero a MHS de toda e qualquer responsabilidade por quaisquer reclamações e exigências decorrentes ou relacionadas com a utilização do material publicado de acordo com os termos da presente Autorização, incluindo, entre outras, quaisquer reclamações por difamação, invasão de privacidade ou violação de direitos de autor ou direitos morais. Tomei conhecimento de que as fotografias, imagens eletrônicas, filmes ou gravações podem ser editadas, modificadas ou retocadas para fins artísticos ou por outros motivos de produção gráfica, que podem ou não estar sob o controle da MHS, e renuncio a qualquer direito de inspecionar ou aprovar a publicação final. Não terei direito a qualquer pagamento, royalties ou qualquer outra forma de remuneração em resultado de qualquer publicação. Compreendo e concordo que esta Autorização é válida para publicações presentes e futuras e não tem data de expiração. Tomei conhecimento de que posso revogar ou retirar esta permissão até um prazo razoável antes da utilização do material da publicação, mediante o envio da minha revogação por escrito para o Departamento de Marketing e Comunicação Corporativa da MHS, 3111 Stirling Road, Hollywood, Florida 33312. Tomei conhecimento de que qualquer revogação da presente Autorização se aplicará apenas à versão da informação que esteja sob o controle da MHS e que não tenha sido publicada anteriormente.

Nome impresso: \_\_\_\_\_

Nome impresso: \_\_\_\_\_

Nome impresso: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

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

