TEXAS TECH UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES CENTER.
EL PASO
Office of Institutional Compliance

Texas Tech University Health Sciences Center El Paso

Formatted: English (United States)

Consentimiento y Permiso para Utilizar Imágenes o Información

Yo, (escriba su nombre en letra de molde)_____o mi representante legal autorizado, por este medio doy mi consentimiento para que los empleados, estudiantes o agentes de Texas Tech University Health Sciences Center El Paso (TTUHSC El Paso, por sus siglas en inglés) tomen y utilicen información sobre mi persona (incluyendo mi historial médico, si es aplicable), mi nombre o imagen o cosas semejantes incluyendo, pero no limitado a, fotografías, imágenes de video, grabaciones de audio, contenido digital (colectivamente "imágenes"), o mis datos o presentación para los propósitos marcados a continuación:

ESTOY DE ACUERDO CON LOS USOS DESIGNADOS A CONTINUACIÓN: (No incluye los usos para el tratamiento o pago de pacientes)	Mi Nombre	Mi(s) Imagen(es)	Mi Información	Mis Datos o Presentación
☐ Para propósitos educativos **dentro** de TTUHSC El Paso. ☐ Para propósitos educativos **fuera** de TTUHSC El Paso.	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No
☐ Para mercadeo o publicidad de TTUHSC El Paso (Esto incluye noticias y medios sociales como entrevistas, Facebook, páginas de internet, Twitter, YouTube, etc)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
☐ Para publicaciones en revistas profesionales o en el internet	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
☐ Otro(s) propósito(s)	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Yo entiendo que TTUHSC El Paso y sus regentes, empleados, agentes y personal, que actúan en nombre de TTUHSC El Paso, no serán responsables de cualquier uso de mi nombre, información y/o imagen(es), incluyendo cualquier uso fuere lo que fuere por cualquier usuario externo o terceras personas, y por este medio, yo libero y doy exención de responsabilidad a TTUHSC El Paso y a sus regentes, empleados, agentes y personal, que actúen en su nombre, de cualquier y toda responsabilidad por daños de cualquier clase, carácter o naturaleza que en cualquier momento puedan resultar de este consentimiento y permiso autorizando el uso o difusión de acuerdo con lo anterior.

Yo entiendo que TTUHSC El Paso será el dueño de la(s) imagen (es) de mi persona para los propósitos descritos anteriormente. Por este medio, a sabiendas y voluntariamente renuncio a cualquiera y a todo otro derecho, compensación, regalías, o pagos de cualquier clase o carácter en conexión con el uso de mi nombre, similares y/o imagen(es) tal y como se autoriza anteriormente.

Este consentimiento y permiso puede ser revocado o retractado en cualquier momento, pero dicha retractación o revocación debe ser por escrito y enviada al Oficial de Privacidad Institucional de TTUHSC El Paso. Cualquier retractación de este consentimiento no afecta ninguna información utilizada o publicada antes del recibo de la notificación escrita de la retractación.

Al firmar abajo, yo represento que he leído y entendido este "Consentimiento y Permiso para Usar Imágenes o Información" y que es vinculante a mis herederos, albaceas y representantes personales. Yo tengo 18 años de edad o más.

_____ _____
Firma de la Persona Nombrada Arriba Fecha

_____ _____
Firma de la Persona y Nombre en Letra de Molde Del Representante Legal Autorizado Fecha

Para uso Oficial Únicamente	Completado por:	
Fecha del evento: _____ ☐ Orador	MR#: ☐ Paciente	R# (Banner): ☐ Facultad ☐ Personal ☐ Estudiante

Formatted: English (United States)