

# Consent to Photograph and Authorization for Use or Disclosure

---

Patient Name: \_\_\_\_\_

## Consent to Photograph

I hereby consent to be photographed while receiving treatment at the hospital. The term “photograph” includes video or still photography, in digital or any other format, and any other means of recording or reproducing images.

\_\_\_\_\_  
*(Signature)*

## Authorization for Use and Disclosure

I hereby authorize the use of the photograph(s) by, or disclosure of the photograph(s) to:

\_\_\_\_\_  
*(Persons/Organizations authorized to receive the information)*

\_\_\_\_\_  
*(Address – street, city, state, zip code)*

## Purpose

I hereby authorize the use or disclosure of the photograph(s) for the following uses or purposes (describe permitted uses, e.g., dissemination to hospital staff, physicians, health professionals, and members of the public for educational, treatment, research, scientific, public relations, marketing, news media, and charitable purposes):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
I consent to be photographed and authorize the use or disclosure of such photograph(s) in order to assist scientific, treatment, educational, public relations, marketing, news media, and charitable goals, and I hereby waive any right to compensation for such uses by reason of the foregoing authorization. I and my successors or assigns hereby hold the hospital, its employees, my physician(s), and any other person participating in my care and their successors and assigns harmless from and against any claim for injury or compensation resulting from the activities authorized by this agreement.

## Expiration

This Authorization expires (*insert date*): \_\_\_\_\_

Upon expiration of this Authorization, this hospital will not permit further release of any photograph, but will not be able to call back any photographs or information already released.

## My Rights

I may request cessation of filming or recording at any time.

I may rescind this Authorization up until a reasonable time before the photograph is used, but I must do so in writing and submit it to the following address:

\_\_\_\_\_

I may inspect or obtain a copy of the photograph whose use or disclosure I am authorizing.

I may refuse to sign this Authorization. My refusal will not affect my ability to obtain treatment or payment or eligibility for benefits.<sup>1</sup>

I have a right to receive a copy of this Authorization.<sup>2</sup>

Information disclosed pursuant to this Authorization could be re-disclosed by the recipient. Such re-disclosure is in some cases not protected by California law and may no longer be protected by federal confidentiality law (HIPAA).

I understand that I will not receive any financial compensation.

If this box  is checked, the hospital will receive compensation for the use or disclosure of my photograph(s).<sup>3</sup>

## Signature

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(*patient/representative/spouse/financially responsible party*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
(*patient/representative/spouse/financially responsible party*)

**NOTE:** This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.  
(See [www.calhospital.org/taglines](http://www.calhospital.org/taglines), for detailed information.)

1 If any of the HIPAA recognized exceptions to this statement applies, then this statement must be changed to describe the consequences to the individual of a refusal to sign the authorization when that covered entity can condition treatment, health plan enrollment, or benefit eligibility on the failure to obtain such authorization. A covered entity is permitted to condition treatment, health plan enrollment or benefit eligibility on the provision of an authorization as follows: (i) to conduct research-related treatment, (ii) to obtain information in connection with a health plan's eligibility or enrollment determinations relating to the individual or for its underwriting or risk rating determinations, or (iii) to create health information to provide to a third party or for disclosure of the health information to such third party. Under no circumstances, however, may an individual be required to authorize the disclosure of psychotherapy notes.

2 Under HIPAA, the individual must be provided with a copy of the authorization when it has been requested by a covered entity for its own uses and disclosures (see 45 C.F.R. Section 164.508(c)(4)).

3 The hospital is to complete this section of the form.

# Consentimiento para la Toma de Fotografías y Autorización para su Uso o Divulgación

---

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para la Toma de Fotografías

Por la presente, doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías mientras recibo tratamiento en el hospital. El término “fotografía” incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

## Autorización de Uso y Divulgación

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de la(s) fotografía(s) por parte de:

\_\_\_\_\_  
(Personas/Organizaciones autorizadas a recibir la información)

\_\_\_\_\_  
(Dirección – calle, ciudad, estado, código postal)

## Propósito

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de la(s) fotografía(s) para los siguientes usos o propósitos (describa los usos permitidos, p. ej., difusión al personal del hospital, médicos, profesionales de la salud y miembros del público con fines educativos, de tratamiento, de investigación, científicos, de relaciones públicas, de mercadotecnia, de medios de comunicación y benéficos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías y autorizo el uso o la divulgación de tal(es) fotografía(s) a fin de contribuir con los objetivos científicos, de tratamiento, educativos, de relaciones públicas, de mercadotecnia, de medios de comunicación y benéficos, y por la presente renuncio a cualquier derecho a recibir compensación por tales usos en virtud de la autorización precedente. Por la presente, yo y mis sucesores o cesionarios eximimos al hospital, a sus empleados, a mi(s) médico(s) y a cualquier otra persona que participe en mi atención, y a sus sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad ante cualquier reclamo por daños o de indemnización que surja de las actividades autorizadas por este acuerdo.

## Vencimiento

Esta autorización vence el (*insertar fecha*): \_\_\_\_\_

Una vez que venza esta autorización, el hospital no permitirá posteriores divulgaciones de mi fotografía, pero no podrá pedir que se devuelvan las fotografías o la información ya divulgadas.

## Mis Derechos

Puedo solicitar que cese la filmación o grabación en cualquier momento.

Puedo rescindir esta autorización hasta una fecha razonable antes de que se utilice la fotografía, pero debo hacerlo por escrito y enviar la rescisión a la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la fotografía cuyo uso o divulgación estoy autorizando.

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi posibilidad de obtener tratamiento ni el pago o la elegibilidad para beneficios.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

El destinatario podría volver a divulgar la información divulgada conforme a esta autorización. Tal nueva divulgación en algunos casos no está protegida por las leyes de California y podría ya no estar protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA).

Entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación financiera.

Si esta casilla  está marcada, el hospital recibirá compensación por el uso o la divulgación de mi(s) fotografía(s).

## Firma

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*paciente/representante/cónyuge/parte económicamente responsable*)

En caso de que lo firmase una persona que no sea el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*paciente/representante/cónyuge/parte económicamente responsable*)

**NOTE:** This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.  
(See [www.calhospital.org/taglines](http://www.calhospital.org/taglines), for detailed information.)