

Departamento de Salud Mental
(DMH) del Commonwealth de
Massachusetts

**Autorización para Medios
Públicos**

1. Información del consumidor

Nombre: _____ Telefono: _____
Calle: _____ Fecha de nacimiento: _____
Municipalidad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Autorización para Medios Públicos: Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH) a fotografiarme, grabar audio y/o grabar video de mí para medios públicos, publicaciones y transmisiones. Autorizo al DMH a utilizar y divulgar mi nombre, así como cualquier fotografía y grabación de audio y/o video de mí y/o en la que aparezca, en medios públicos, publicaciones y transmisiones, como artículos de noticias, televisión, internet, redes sociales y otros canales de comunicación, así como en la planificación, promoción y producción de publicaciones y transmisiones.

Acepto hablar sobre mi experiencia personal con la enfermedad mental y/o que me tomen fotografías y/o me graben en audio y/o video para medios públicos, publicaciones y transmisiones. **Esta autorización no incluye el uso o la divulgación de mis resultados de pruebas de VIH o información sobre trastornos por uso de sustancias o registros protegidos por las Reglas Federales de Confidencialidad 42 CFR Parte 2.** No divulgaré dicha información en ninguna conversación, fotografía o grabación de audio y/o video.

Entiendo que:

- Puedo negarme a hablar sobre cualquier tema con el que no me sienta cómodo.
- Tengo derecho a negarme a que me tomen fotografías y/o me graben en audio y/o video.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
- Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al DMH en la Oficina del Comisionado, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114. Incluya el nombre y la ubicación de su contacto en el DMH.
- Una vez que la información anterior o cualquier fotografía, grabación de audio y/o video sea divulgada, los destinatarios pueden volver a divulgarla, y la información puede no estar protegida por leyes o reglamentos federales o estatales de privacidad.
- Autorizar la divulgación de la información mencionada es voluntario.
- No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o servicios del DMH.

Esta autorización para fotografiarme, grabar audio y/o video de mí expirará (especifique una fecha, período de tiempo o evento) o, si no se especifica nada, expirará un año a partir de la fecha de firma. A menos que sea revocada, de la forma como se menciona anteriormente, esta autorización para usar y divulgar mi nombre, así como cualquier fotografía y grabación de audio y/o video de mí, permanecerá en efecto indefinidamente.

2. Firma / Autorización: Firme y proporcione información requisita abajo

Su firma o la firma del representante personal

Fecha

Escribe el nombre del firmante:: _____

La siguiente información es necesaria si firma un representante personal:

Tipo de autoridad (por ejemplo, nombrado por la corte, padre con custodia):

INSTRUCCIONES:

1. Distribución de copias: original al registro correspondiente del DMH; copia para el individuo o el representante personal.
2. Una copia de esta autorización se considerará válida como el original

