



**Autorización para la divulgación de información de salud protegida y comunicado de prensa**

Autorizo a KY PPEC, Inc. d/b/a The Kidz Club y a sus respectivos propietarios, funcionarios, ejecutivos, directores, empleados, contratistas, agentes y representantes (colectivamente "TKC") a usar y/o divulgar mi Información Protegida("PHI") como se especifica en esta Autorización.

Autorizo la fotografía, grabación y uso ilimitado de mi imagen (incluido mi nombre, voz y / o imagen) para uso comercial, promocional o de otro tipo en cualquier medio por parte de TKC. Específicamente, autorizo a TKC a usar y divulgar la PHI, incluida mi PHI contenida en cualquier fotografía, cinta de video y / o grabación de entrevista, para: (1) uso en publicidad interna y externa, marketing o materiales colaterales; (2) uso en comunicados de prensa o historias, incluyendo televisión, periódicos o emisiones de radio; y (3) uso en materiales de relaciones públicas.

Además, autorizo a TKC a divulgar mi PHI a entidades externas de noticias o medios de comunicación para su uso y divulgación en relación con cualquier comunicado de prensa o historia, u otros materiales promocionales o de relaciones públicas creados o administrados por esa entidad.

Entiendo que la PHI que estoy autorizando a TKC a usar y/o divulgar puede incluir mi nombre, cara, voz, semejanza, información de salud como diagnóstico, tratamiento y servicios de atención médica proporcionados o por proporcionar por TKC, y otra PHI.

Renuncio a todos los derechos de atribución, inspección o aprobación para cualquier uso de mi semejanza. Acepto mantener indemne a TKC por cualquier responsabilidad, legal y/o financiera, incurrida como resultado de dicho uso. Renuncio a cualquier derecho a regalías o compensación que surja de o esté relacionada con el uso de mi imagen.

Todos los derechos, títulos e intereses de cualquier hotógrafo, grabación o cualquier otro material que utilice mi imagen serán propiedad exclusiva de TKC. No tendré ningún interés en dichos materiales ni tendré ningún derecho a usar el nombre o las marcas comerciales de TKC sin su respectivo permiso por escrito.

TKC \_\_\_\_ no recibirá una compensación por el uso y/o divulgación de mi semejanza.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización y que la firma es voluntaria. TKC no condiciona el tratamiento, el pago, la elegibilidad de beneficios o las actividades de inscripción a la firma de esta Autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Puedo inspeccionar o copiar cualquier PHI publicada bajo esta Autorización. Tengo el derecho de revocar esta Autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que TKC ya haya actuado basándose en ella. Para hacerlo, debo enviar una notificación por escrito a TKC, 1101 Herr Lane, Louisville, KY 40222. Cuando mi PHI se usa o divulga de conformidad con esta Autorización, incluida la PHI contenida en fotografías, cintas de video o entrevistas, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal y estatal, a excepción de los Registros de Abuso de Alcohol y Drogas como se define en 42 C.F.R. Parte 2.

Esta Autorización expira el: \_\_\_\_\_ Certifico que he recibido una copia de esta Autorización.

Nombre del paciente	Nombre del padre/tutor	Ubicación del Kidz Club Center
---------------------	------------------------	--------------------------------

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o del padre o tutor del paciente	Relación con el paciente	Fecha
---	--------------------------	-------