Retina Macula Specialists, PLLC
660 Shoreview Avenue, Winter Park, FL 32789
100 Park Pl Blvd, Ste 202, Kissimmee, FL 34741
407-931-1510

Autorización para el uso de testimonio, fotografía o video

Autorización HIPAA (45 CFR 164.508) · Formulario revisado el 11 de noviembre de 2026

Este formulario autoriza a Retina Macula Specialists, PLLC (“la Práctica”) a usar sus palabras, su imagen o su historia en su publicidad. No está obligado a firmarlo, y su atención no cambiará si decide no hacerlo.

Paciente

Nombre del paciente (letra de imprenta) _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono _____

Correo electrónico (opcional) _____

1. Qué puede usarse (marque todo lo que corresponda)

☐ mi testimonio escrito u oral ☐ mi fotografía ☐ video o audio de mi persona ☐ mi nombre de pila o iniciales ☐ mi nombre completo
☐ una descripción general de mi afección y tratamiento: _____

2. Quién puede usarlo y recibirlo

La Práctica y los proveedores que crean y mantienen su sitio web y sus materiales publicitarios. Una vez publicado, cualquier persona podrá verlo.

3. Dónde puede aparecer

☐ el sitio web de la Práctica (rmseye.com) ☐ las redes sociales de la Práctica ☐ materiales impresos en la oficina ☐ otro: _____

4. Propósito

Informar al público sobre la Práctica y sus servicios (mercadeo).

5. Vencimiento

Esta autorización vence el _____ o a los tres años de la fecha de la firma, lo que ocurra primero.

6. Sus derechos

- **Derecho a revocar.** Puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo al Oficial de Privacidad, Retina Macula Specialists, PLLC, 100 Park Pl Blvd, Ste 202, Kissimmee, FL 34741. La revocación no afectará el material ya publicado o distribuido antes de que la Práctica reciba su aviso, pero la Práctica lo retirará de los canales que controla en un plazo razonable.
- **Sin efecto en su atención.** Su tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no dependerán de que firme este formulario.
- **Sin compensación.** No recibe ningún pago, descuento ni otro beneficio por esta autorización.
- **Redivulgación.** Una vez publicada, esta información es pública y puede dejar de estar protegida por la ley federal de privacidad.
- **Copia.** Tiene derecho a recibir una copia de este formulario firmado.

Firma del paciente o representante legal _____ Fecha _____

Si firma un representante: nombre en letra de imprenta _____ Relación / autoridad (p. ej., tutor, representante de salud) _____

Para uso de la oficina: recibido por _____ el _____. Archivar en el expediente del paciente; anotar la fecha de vencimiento.