



0100000

PLACE LABEL HERE.

IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN A ‘OUR 365, INC.’ (Fotografías del bebé)
 (Authorization to release information to ‘Our 365, Inc.’)

Estimada nueva madre:

Se le ha proporcionado información respecto a la oportunidad de que le tomen una primera fotografía profesional a su recién nacido. Si desea que *Our 365, Inc.* se comunique con usted para tomarle una fotografía a su bebé, University of Virginia Medical Center le proporcionará su nombre e información de contacto. Sin embargo, necesitamos su autorización para hacerlo. Al firmar esta autorización, nos permite darle su información a *Our 365, Inc.*

Autorizo a UVA Medical Center para que le dé a *Our 365, Inc.* mi nombre e información sobre cómo comunicarse conmigo durante mi hospitalización a fin de conversar sobre una sesión de fotografía para mi recién nacido. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización notificando a Servicios Voluntarios al (434) 924-5251 antes de que *Our 365, Inc.* reciba mi información. Esta autorización vence al momento de mi alta del centro médico.

Comprendo que mi nombre, información de contacto y cualquier otra información que pueda revelar a *Our 365, Inc.* ya no estarán protegidos por las normas de privacidad federales y que posiblemente *Our 365, Inc.* los volverá a revelar para sus propios fines. Comprendo que UVA Medical Center no puede condicionar la prestación del servicio de salud a la firma de esta autorización y que el centro médico recibe una pequeña comisión de procesamiento.

Firma de la paciente

Fecha

(Se le debe dar a la paciente una copia de esta autorización firmada)