



**YALE-NEW HAVEN HOSPITAL**  
**Consent for Media Photograph and**  
**Interviews**



YALE UNIVERSITY  
 School of Medicine

**HOSPITAL YALE-NEW HAVEN**  
**Permiso para la fotografía y las**  
**entrevistas para los medios (Spanish)**

DATE: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

I give my consent for:

Yale New Haven Health System (Bridgeport Hospital, Greenwich Hospital and Yale-New Haven Hospital) or Yale University, and/or their representatives or affiliates,

*[I have crossed out any organization I do not wish included.]*

to take and use photographs or films of me and/or interview me for publicity, educational, marketing, advertising and fundraising purposes through internal publication, external publication, radio, television, video or internet.

*[I have crossed out any purposes or media format I do not wish included.]*

Such photographs, films and/or interview content will disclose the fact that I have been a patient of Yale New Haven Health System or Yale University and may contain other information about me, including private health information, what I say in the interview, or facts that can be inferred from the photograph or film.

My name may / may not be used. *(Cross out one.)*

\_\_\_\_\_  
 Name of Patient/Subject

\_\_\_\_\_  
 Street Address

\_\_\_\_\_  
 City, State, Zip

Telephone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature of patient/subject

\_\_\_\_\_  
 Signature of parent/legal guardian/personal representative *(if patient or subject is under the age of 18 or otherwise incapable of signing)*

F4960 – EngSpan (R0206)  
 YNHH provides interpreters free of charge.

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Doy mi permiso para que:

El Sistema de Salud Yale New Haven (Hospital de Bridgeport, Hospital de Greenwich y Hospital Yale-New Haven) o la Universidad de Yale y/o sus representantes o afiliados,

*[He tachado cualquier organización que no deseo incluir]*

me tome fotografías, me filme y/o me entreviste para fines publicitarios, educativos, de mercadeo o para reunir fondos por medio de publicaciones internas, publicaciones externas, radio, televisión, video o Internet.

*[He tachado cualquier uso o formato mediático que no deseo incluir]*

Dichas fotografías, filmación y/o contenido de las entrevistas divulgarán que soy paciente del Sistema de Salud Yale New Haven o de la Universidad de Yale y pueden contener otra información sobre mí, incluyendo información privada de salud, lo que digo en la entrevista o datos que pueden ser inferidos de las fotografías o filmación.

Mi nombre puede / no puede ser usado. *(Tache uno)*

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente / Sujeto

\_\_\_\_\_  
 Dirección

\_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente / sujeto

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre / tutor legal / representante legal *(Si el paciente o sujeto es menor de 18 años o si no puede firmar por otros motivos)*

YNHH ofrece intérpretes gratuitamente.



**YALE-NEW HAVEN HOSPITAL**  
**Consent for Media Photograph and**  
**Interviews**



YALE UNIVERSITY  
 School of Medicine

**HOSPITAL YALE-NEW HAVEN**  
**Permiso para la fotografía y las**  
**entrevistas para los medios (Spanish)**

If personal representative, please print name and state relationship to patient

\_\_\_\_\_

Name of photographer:

\_\_\_\_\_

Name of interviewer:

\_\_\_\_\_

- I understand that I am not required to sign this form in order to receive treatment or payment for my care.
- I understand that information used or disclosed under this authorization may be reused by the recipient and may no longer be protected by privacy regulations.
- I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying Yale-New Haven Health System and/or Yale University, as applicable, in writing, and the revocation will be effective on the date notified (except to the extent action has already been taken based on my earlier consent).
- I understand that this authorization will expire in 99 years, unless I have given written notification stating otherwise.
- I understand that neither I nor Yale New Haven Health System or Yale University will receive direct or indirect payment for the communication related to this photo, film or interview.

When completed, this form will be retained by Public Affairs, Marketing or Communications staff or other appropriate, authorized person. For photo permission for medical or other non marketing purposes, please see appropriate form.

Si firma el representante personal, por favor escriba su nombre y su relación con el paciente:

\_\_\_\_\_

Nombre del fotógrafo:

\_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador:

\_\_\_\_\_

- Entiendo que no estoy obligado a firmar este permiso para recibir tratamiento o pago por mi atención médica.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada bajo esta autorización puede ser utilizada por el que la recibe y, así, ya no estar protegida por regulaciones de la privacidad.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento avisando al Sistema de Salud Yale New Haven y/o la Universidad de Yale por escrito, como corresponda. La revocación se hará vigente el día que se notifique (excepto en los casos que haya habido una divulgación por un permiso previo).
- Entiendo que esta autorización expirará en 99 años, a no ser que avise por escrito lo contrario.
- Entiendo que ni yo ni el Sistema de Salud Yale New Haven recibirá pago directo o indirecto por la comunicación relacionada con esta foto, filmación o entrevista.

Al completarse, este formulario se archivará por el personal de Relaciones Públicas, Mercadeo o Comunicaciones o cuando sea apropiado, por otras personas autorizadas. Para obtener permiso para fotografías médicas, por favor use el formulario apropiado.