

## Consent to Release Information

I hereby voluntarily authorize Providence Health & Services, Southern California ("Providence,") or anyone authorized by Providence, to release general medical information, photograph, film or tape me and/or use my name, voice or any reproduction of the same in any form, for the purpose of advertising, education, public relations or publication by Providence or any media venues without limitation or reservation. This agreement will expire five years after the date entered below. The signee may rescind continued use by Providence of information and photos covered by this agreement by written notification to the contact listed below or to any other party to this agreement represented by Providence. Providence cannot control use by the press (newspapers, television, radio, on-line reports and other forms of mass media available) of information and photos covered by this agreement.

The undersigned has entered into this agreement in order to assist educational, public relations, and/or charitable goals and hereby waives any right to compensation for these uses by reason of the foregoing authorizations, and the undersigned and his or her successors or assigns hereby hold the hospital, its employees, my physician(s), and any other person participating in my care and their successors and assigns harmless from and against any claim for injury or compensation resulting from the activities authorized by this agreement.

|                     |  |
|---------------------|--|
| Name (Print): _____ | Date: _____  |
| Signature: _____    | <b>Permission expires five years from date of signature.</b> |

**If the person is a minor, please complete the following:**

I hereby consent to the above for my \_\_\_\_\_ as I am his/her parent or legal guardian  
(relationship)

Name (Print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

|   |
|---|
| Organization doing filming, taping, etc.: _____ |
| Purpose: _____                                  |
| Contact Name: _____ Contact Phone Number: _____ |
| Contact Signature: _____                        |

White copy: Providence; Yellow copy: Release

Providence  
**Holy Cross**  
Medical Center  
Mission Hills

Providence  
**Saint John's**  
Health Center  
Santa Monica

Providence  
**Saint Joseph**  
Medical Center  
Burbank

Providence  
**Tarzana**  
Medical Center  
Tarzana

Providence  
**Little Company of**  
Mary Medical Center  
San Pedro

Providence  
**Little Company of**  
Mary Medical Center  
Torrance

Providence  
**Affiliated**  
Medical Groups

## Consentimiento Para Divulgar Información

Por la presente autorizo de manera voluntaria a Providence Health & Services, Southern California (“Providence,”) o cualquiera autorizado por Providence, a divulgar información médica general, fotografía, filmación o grabación mía y/o utilizar mi nombre, voz o cualquier reproducción de la misma de cualquier forma, para propósitos publicitarios, educativos, de relaciones públicas o de publicación por Providence Health & Services o cualquier medio informativo sin limitación o reservación. El firmante puede rescindir el uso continuo por parte de Providence de la información y las fotografías, contemplado en el presente acuerdo, mediante notificación por escrito al contacto que se indica a continuación o a cualquiera otra parte de este acuerdo que represente a Providence. Providence no puede controlar el uso de la información y las fotografías, contemplado en el presente acuerdo, por parte de la prensa (periódicos, televisión, radio, informes en línea y otras formas de medios de comunicación masivos disponibles).

El suscrito concierta este acuerdo para asistir con objetivos educacionales, de relaciones públicas y/o benéficos y por la presente renuncia a todo derecho de compensación por dichos usos por motivo de las autorizaciones anteriores y el suscrito y sus sucesores y cesionarios por la presente liberan al hospital, sus empleados, mí médico (s) y toda otra persona que participe en mi cuidado y sus sucesores y cesionarios, de responsabilidad por y contra toda reclamación por lesiones o compensación resultante de las actividades autorizadas por este acuerdo. Este acuerdo se vence cinco años después de la fecha indicada en este acuerdo.

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Nombre (En letra de imprenta): _____ | Fecha: _____  |
| Firma: _____                         | <b>La autorización expira cinco años después de la fecha de la firma.</b> |

**Si se trata de un menor, por favor complete lo siguiente:**

Por la presente doy mi consentimiento a lo anterior en nombre de mi \_\_\_\_\_  
 como su madre, padre o tutor legal. (relación)

|                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| Nombre (En letra de imprenta): _____ | Fecha: _____ |
| Firma: _____                         |              |

|   |
|---|
| Organización que realiza la filmación, grabación, etc.: _____   |
| Propósito: _____  |
| Nombre del contacto: _____ Nro. de teléfono del contacto: _____ |
| Firma del contacto: _____                                       |

White copy: Providence; Yellow copy: Release

|   |   |   |  |   |  |  |
|---|---|---|--|---|--|--|
| Providence<br>Holy Cross<br>Medical Center<br>Mission Hills | Providence<br>Saint John’s<br>Health Center<br>Santa Monica | Providence<br>Saint Joseph<br>Medical Center<br>Burbank | Providence<br>Tarzana<br>Medical Center<br>Tarzana | Providence<br>Little Company of<br>Mary Medical Center<br>San Pedro | Providence<br>Little Company of<br>Mary Medical Center<br>Torrance | Providence<br>Affiliated<br>Medical Groups |
|---|---|---|--|---|--|--|