

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, FOTOGRAFÍAS O GRABACIONES CON FINES DE COMUNICACIÓN O RELACIÓN CON LOS MEDIOS DS 6017-SP (Rev. 09/2024)

---

## INSTRUCCIONES:

Esta autorización debe ser completada y firmada por un consumidor o su representante personal cuando el Departamento de Servicios de Desarrollo (“Departamento”) o sus agentes y afiliados usen o divulguen fotografías, grabaciones o cualquier otra información personal identificable de un consumidor para fines de comunicación o de relación con los medios. El consumidor o su representante personal entienden que esta autorización es voluntaria y no necesaria para la inscripción del consumidor en los servicios, la elegibilidad, el pago (si corresponde), el tratamiento o la atención.

Para un consumidor adulto, un “representante personal” puede ser un curador (si corresponde) u otra persona con autoridad legal sobre las decisiones de atención médica del consumidor. Para un consumidor menor de edad, un “representante personal” es un padre, tutor legal u otro cuidador con autoridad legal sobre las decisiones de atención médica del consumidor. Los términos “fotografía”, “grabación” o “registro” significarán cualquier audio, película o fotografía fija en cualquier formato, incluidos, entre otros, formato digital, cinta de audio, cinta de vídeo, CD/DVD o cualquier otro medio mecánico o electrónico de grabación o reproducción de imágenes.

## AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN

Como se establece en detalle a continuación, yo [*nombre en impreso del consumidor/representante personal*]

\_\_\_\_\_, por la presente autorizo el uso de [*nombre impreso del consumidor*] \_\_\_\_\_, [*escriba la fecha de nacimiento del consumidor*] \_\_\_\_\_, fotografías, grabaciones y/o información personal identificable para las actividades de comunicación o de relación con los medios del Departamento sin compensación.

## ¿Quién divulgará la información?

¿El Departamento y/o sus agentes y afiliados? La información identificable, las fotografías y las grabaciones que se divulguen o utilicen para una actividad de comunicación del Departamento o de relaciones con los medios se obtendrán únicamente de usted o de aquellas personas involucradas en su atención y tratamiento.

## Otros agentes/afiliados:

## Quién utilizará o recibirá esta información:

Su información será recibida por un representante de comunicaciones del Departamento o por la(s) siguiente(s) persona(s):

# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, FOTOGRAFÍAS O GRABACIONES CON FINES DE COMUNICACIÓN O RELACIÓN CON LOS MEDIOS

DS 6017-SP (Rev. 09/2024)

Page 2

La información identificable, fotografías o grabaciones especificadas en esta autorización se publicarán en uno o más de los siguientes medios y estarán disponibles para el público (marque todas las que correspondan):

- Publicación educativa/Videos/Canal de YouTube
- Publicación electrónica (por ejemplo, sitio web público:[www.dds.ca.gov](http://www.dds.ca.gov))
- Redes sociales (por ejemplo, Facebook/Twitter/Instagram)
- Promoción/Publicidad
- Medio de noticias local/regional/nacional
- Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

## El tipo de información que se utilizará o divulgará:

Información personal y de salud identificable sobre usted, fotografías y/o grabaciones relacionadas con su atención y tratamiento en el contexto de actividades de comunicación o de relaciones con los medios del Departamento.

## La siguiente información puede ser utilizada o divulgada (sea específico):

## El propósito del uso o divulgación:

Su información descrita anteriormente puede ser utilizada para las siguientes actividades de comunicación o relaciones con los medios del Departamento:

## Cuando expire esta autorización:

Esta autorización vence al finalizar la actividad de comunicaciones o relaciones con los medios específica en la que usted aceptó participar, o antes del **30 de junio de 2030**, lo que ocurra primero.

Después del vencimiento de esta autorización, el Departamento no hará ningún uso o divulgación adicional de su información, fotografías o grabaciones, a menos que usted o su representante personal hayan otorgado expresamente autorización para dicho uso o divulgación adicional. *Tenga en cuenta que después de una actividad de comunicaciones o de relaciones con los medios del Departamento, su información, fotografías o grabaciones pueden ser recogidas y luego reimpresas o retransmitidas y divulgadas a otras personas, entidades y/o medios de comunicación que no estén relacionados con el Departamento.*

**Cómo puede revocar esta autorización:**

Puede revocar esta autorización en cualquier momento. Antes de cualquier divulgación de información, usted tiene derecho a modificar o revocar esta Autorización (cambiar de opinión y no permitir que se divulgue la información), a menos que:

- 1) El DDS ya ha proporcionado registros basándose en la autorización; o
- 2) Esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, aunque otras leyes otorgan al asegurador el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza o la póliza misma.

Cuando usted revoca la autorización, el Departamento no permitirá más divulgaciones sobre su información identificada en esta autorización. Por favor comprenda que es posible que el Departamento no pueda recuperar ninguna fotografía, grabación u otra información identificable ya publicada. Puede enviar cualquier revocación por correo electrónico al Oficial de Privacidad del DDS a [PrivacyOfficer@dds.ca.gov](mailto:PrivacyOfficer@dds.ca.gov) o por correo postal a:

Department of Developmental Services  
ATTN: Office of Legal Affairs, DDS Privacy Officer  
1215 O Street, MS 9-30  
Sacramento, California 95814  
(916) 654-1716 Fax

**Reconocimiento de derechos:**

Al firmar esta autorización, comprendo y reconozco los siguientes derechos:

- 1) El Departamento o sus agentes y afiliados podrán usar o divulgar la información aquí especificada y descrita, para los fines aquí descritos.
- 2) Puedo negarme a firmar esta autorización para usar o divulgar mis fotografías, registros u otra información identificable descrita en este documento.
- 3) La ejecución de esta autorización no está condicionada a mi inscripción en los servicios, elegibilidad, pago (si corresponde), atención o tratamiento.
- 4) Esta autorización permanecerá vigente de conformidad con la fecha de vencimiento antes mencionada.
- 5) Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que realice la solicitud de revocación por escrito al Oficial de Privacidad del Departamento. Entiendo además que mi solicitud de revocación será respetada excepto en la medida en que el Departamento ya haya tomado medidas en base a esta autorización y no pueda cancelar la publicación o retirar la distribución.
- 6) Entiendo que cualquier fotografía, grabación o información utilizada o divulgada puede estar sujeta a nueva divulgación por parte del destinatario y, por lo tanto, no está sujeta a la protección de las leyes de privacidad estatales y federales. Esto incluye la redistribución a través de medios electrónicos.
- 7) Entiendo que tengo derecho y recibiré una copia de este formulario después de completarlo y firmarlo.

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, FOTOGRAFÍAS O GRABACIONES CON FINES DE COMUNICACIÓN O RELACIÓN CON LOS MEDIOS DS 6017-SP (Rev. 09/2024)**

He leído este formulario y comprendo completamente el contenido de esta autorización. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y acepto todos los términos anteriores.

**CONSUMIDOR**

Si el consumidor es menor de 18 años, se requiere la firma del padre, tutor legal o curador.

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE PERSONAL**

Declaro que soy el padre o tutor legal del niño menor, o soy el representante personal o el curador designado del consumidor adulto nombrado anteriormente, y tengo el derecho legal de proporcionar esta autorización en nombre del consumidor.

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**SI LA AUTORIZACIÓN FUE TRADUCIDA**

**Nombre impreso:** \_\_\_\_\_

**Idioma:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Tiempo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Confidential Client Information  
See Welfare & Institutions Code Sections 4514-4518;  
5328; Civil Code section 56, et seq.; Government Code  
Section 6254; and 45 C. F. R. Parts 160 and 164

~ This Space for Department Use Only ~  
*COPIES OF ALL SIGNED FORMS SHOULD BE DELIVERED TO THE  
DEPARTMENT PRIVACY OFFICER AND REMAIN ON FILE FOR THE  
DURATION OF THE COMMUNICATION OR MEDIA-RELATION ACTIVITY.*

Fecha	Descripción del cambio	Evaluador
08/29/2024	Oficina de Asuntos Jurídicos – Actualización de fecha de vencimiento de autorización	Responsable de privacidad