



Clínica de Vision de adultos Lista de Elegibilidad de Preselección

Para cumplir con los requisitos de elegibilidad debe proporcionar la clínica los siguientes elementos en su **primera visita a la oficina**:

1. Paquete de informacion del Paciente:

- **Completado con precision firma y fecha**

2. Foto de Identificacion de Carolina del Sur :

- **Licencia de conducir valida o ID de Carolina del Sur**

3. La documentación para verificar la elegibilidad del paciente:

- **18 años de edad o más (ID o licencia)**
- **Residente legal de Lexington, Fairfield or Richland County (ID o licencia)**
- **Baja o sin ingresos (200% del nivel federal de pobreza)**
- **Sin cobertura de seguro de visión**

Los siguientes son ejemplos de documentación aceptable para verificar su elegibilidad para los servicios y el tratamiento.

Se le pedirá al menos algunos de los siguientes para verificar los ingresos bajos y sin **SEGURO DE VISION**:

- **Pago el talón de cheque (s) para el tratamiento del paciente**
- **Tarjeta de Cupones para Alimentos (EBT) o verificación por escrito de beneficios.**
- **La tarjeta de Medicaid o verificación por escrito de beneficio**
- **Verificación de Ingresos de la Seguridad Social, SSI invalidez, pensión de VA o Ingresos de Jubilación**
- **Si está desempleado y vive en el hogar con alguien que recibe cualquiera de los anteriores, su ingreso debe ser verificada con las fuentes de ingresos enumerados anteriormente**
- **Si vive en un hogar y alguien paga sus gastos, debe proporcionar una declaración escrita: especificar la cantidad pagada mensualmente, firmado por usted y por la persona que paga sus gastos..**
- **Una verificación de desempleo de la Comisión de Seguridad de Empleo (una copia impresa**

CLÍNICA DEL PACIENTE REGISTRO Y FORMA DE HISTORIA

Fecha de hoy : _____ / _____ / _____
 Nombre: _____
 Direccion : _____
 Ciudad/Estado /ZipCodigo: _____
 Telefono: _____
 Condado: Richland Fairfield
 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Años: _____

Sexo: Masculino Femenino
 Raza/Etnia: African American/Black
 Caucasian/Blanco Hispano/Latino Otro: _____
 Date of most recent Eye Exam: _____
 Tiene Doctor de Medicina General ? No SI
 Name of Medical Doctor: _____
 Telefono del Doctor: _____
 Date of most recent Medical Exam: _____

HISTORIA MEDICA

Tiene alguna alergia a medicamentos No SI SI, es afirmativo, explique: _____

Indique todos los medicamentos que esté tomando (incluyendo anticonceptivos orales, ácido acetilsalicílico, en los medicamentos de venta libre): _____

Enumerar TODAS LAS Lesiones, Cirugías mayores y / u hospitalizaciones Que ha Tenido:: _____

Usted ha tenido :

Ojos Cruzados No SI Ojos perezosos No SI
 Parpado caído No SI Ojos prominentes No SI
 Glaucoma No SI Enfermedad de retina No SI
 Cataratas No SI Infeccion de Ojo No SI
 Herida del ojo No SI

Esta embarazada o/lactancia No SI

Usted usa lentes? No Yes En caso afirmativo, ¿Cuántos AÑOS tienen sus lentes? _____

Usa lentes de contacto ? No SI En caso afirmativo, ¿cuántos años tiene su actual par de lentes _____

Tipo de lentes de contacto: Rigido Suave De uso prolongado Otro Son confortables? No si

MUY IMPORTANTE! SOLO NUEVOS PACIENTES:

A quien debemos agradecer por referirlo a nuestra oficina?

Eau Claire Cooperative Health Center
 Richland County DHEC
 United Way of the Midlands
 Palmetto Health

HISTORIA FAMILIAR

Por favor, tenga en cuenta los antecedentes familiares (padres, abuelos, hermanos, hijos - vivo o muerto) para las siguientes condiciones:

ENFERMEDAD/CONDICION	No	SI	No se			
Ceguera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojos Cruzados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del corazon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presion Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Degeneracion macular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del riñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desprendimiento de retina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lupus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tiroides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENFERMEDAD/CONDICION	No	SI	No	No se		

HISTORIA SOCIAL

- Usted maneja? No SI En caso afirmativo, ¿tiene dificultad visual al conducir? No SI
- Usted usa productos de tabaco No SI
- Usted toma alcohol? No SI
- Usted consume drogas ilegales? No SI

HISTORIA MEDICA

Tiene actualmente o ha tenido alguna vez algún problema en las siguientes áreas:

Systema	No	SI	NO SE	System	No	SI	NO SE
Constitutional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Orejas , Nariz, Boca, Garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiebre, pérdida de peso/aumento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alergias/Fiebre de Heno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tegumentario (piel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinosis congestion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nariz que moquea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Post-goteo nasal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migrañas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tos cronica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Convulsiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Garganta seca/Boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Respiratorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdida de vision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vision borrosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronquitis cronica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vision desordenada/Halos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Efisema pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perdida de vision lateral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vascular/Cardiovascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doble Vision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sequedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de Corazon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secrecion mucosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presion Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rojez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad vascular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arenoso o sensación de algo extraño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gastrointestinal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Picazon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ardiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Constipacion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exceso de lágrimas / de riego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Genitourinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glare / Sensibilidad a la luz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Genitals/ Riñón /Vejiga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Huesos/Articulacione/Musculo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronic Infection of Eye or Lid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Artritis Reumatoide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flashes / moscas volantes en la visión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ojos cansados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor en las articulaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endocrino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linfático / Hematológicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiroides /Otras glandulas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de sangrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si usted contestó sí a cualquiera de las enfermedades / condiciones anteriores o si tiene una condición que no aparece en la lista, por favor explique

Certifico que, bajo pena de perjurio que la información proporcionada en esta aplicación es la verdad que mejor conozco.

Firma del paciente

Fecha



WellPartners Adult Eye Clinic
Richland County Health Department
2000 Hampton Street, Suite 3145
Columbia, SC 29204

Phone: 803-888-1692 | Fax: 803.888.1691

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA puede ser revelada Y CÓMO OBTENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la información de salud que lo identifica en privado. Estamos obligados por ley a dar aviso de nuestras prácticas de privacidad. Este aviso describe cómo protegemos su información de salud y qué derechos tiene usted sobre ello.

El tratamiento, pago y atención de salud

La razón más común por la que usamos o divulgamos su información de salud es para fines de tratamiento, pago o atención médica. Los ejemplos de cómo usamos o divulgamos la información para fines de tratamiento: concertar una cita para usted; prueba o el examen de los ojos; la prescripción de gafas, lentes de contacto, medicamentos para los ojos y el envío de faxes a llenarse; mostrando ayudas de baja visión; se le remita a otro médico o la clínica de oftalmología o baja ayudas o servicios de la visión; u obtener copias de su información de salud de otro profesional que puede haber visto antes que nosotros. Los ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para fines de pago: preguntarle acerca de sus planes de salud o de cuidado de la vista, u otras fuentes de pago; preparación y envío de facturas o reclamaciones; y cobro de las cantidades pendientes de pago (ya sea a nosotros mismos oa través de una agencia de cobros o abogado). "Operaciones de asistencia sanitaria" significan las funciones administrativas y de gestión que tenemos que hacer con el fin de dirigir nuestra oficina. Los ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para operaciones de cuidado de la salud son: auditorías financieras o de facturación; garantía de calidad interna; las decisiones de personal; participación en planes de cuidado administrado; defensa de asuntos legales; planificación empresarial; y el almacenamiento externo de nuestros registros.

Como rutina usamos la información de salud dentro de nuestro consultorio para estos fines sin ningún permiso especial. Si tenemos que revelar su información de salud fuera de nuestra oficina por estas razones, le pediremos permiso especial por escrito.

USO Y DIVULGACIÓN DE OTROS MOTIVOS SIN PERMISO

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o exige usar o divulgar su información médica sin su permiso. No todas estas situaciones se aplican a nosotros; algunos pueden no llegar a nuestra oficina en absoluto. Dichos usos o divulgaciones son: Cuando un Estado o federales ley exige que cierta información se divulgue la salud para un propósito específico;

- fines de salud pública, como la enfermedad contagiosa de informes, investigación o vigilancia; y las comunicaciones hacia y desde la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos relacionadas con fármacos o dispositivos médicos;
- divulgaciones a las autoridades gubernamentales sobre las víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- usos y divulgaciones para las actividades de supervisión sanitaria, tales como la concesión de licencias de los médicos; de auditorías por Medicare o Medicaid; o para la investigación de posibles violaciones de las leyes de cuidado de la salud;
- divulgaciones para procesos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes judiciales o de entidades administrativas;
- divulgaciones para fines policiales, tales como proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un crimen; para proporcionar información sobre un delito en nuestro consultorio; o para reportar un crimen que ocurrió en otro lugar;
- divulgación a un médico forense para identificar a una persona muerta o para determinar la causa de la muerte; o para los directores de funerarias para ayudar en la sepultura; o para organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos;
- usos o divulgaciones para la investigación relacionada con la salud;
- usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad;
- usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, tales como para la protección del presidente o de funcionarios de alto rango del gobierno; para las actividades lícitas de inteligencia nacional; para fines militares; o para la evaluación y la salud de los miembros del servicio exterior;
- divulgaciones de información no identificable;
- divulgaciones relacionadas con los programas de compensación del trabajador;
- divulgaciones de un "conjunto de datos limitado" para la investigación, salud pública u operaciones de cuidado de la salud;
- divulgaciones adicionales que son una consecuencia inevitable de los usos o divulgaciones permitidos; y
- divulgaciones a "asociados empresariales" que realizan operaciones de cuidado de salud para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información médica. A menos que usted se oponga, también la información relevante sobre su atención con su familia o amigos que le ayuden con su cuidado de los ojos.

RECORDATORIOS DE CITAS

4

Podemos llamar para recordarle las citas programadas. También podemos llamar o escribir para notificarle de otros tratamientos o servicios disponibles en nuestro consultorio que te pueden ayudar. A menos que nos indique lo contrario, nosotros le dejará un mensaje recordatorio en su casa contestador automático o con la persona que conteste el teléfono si usted no está en casa.

OTROS USOS Y DIVULGACIÓN

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme un escrito "formulario de autorización". El contenido de un "formulario de autorización" se determina por la ley federal. A veces, podemos iniciar el proceso de autorización si el uso o la divulgación es nuestra idea. A veces, es posible iniciar el proceso si es su idea para que podamos enviar su información a otra persona. Normalmente, en esta situación usted nos proporcionará un formulario de autorización debidamente completado, o puede utilizar uno de los nuestros.

Si iniciamos el proceso y le pedimos que firme un formulario de autorización, que no tiene que firmar el documento. Si no firma la autorización, no podemos hacer uso o de la divulgación. Si la firma uno, usted puede revocar en cualquier momento a menos que ya hayamos actuado basándonos en ella. Las revocaciones deben estar por escrito. Enviarlos a la persona de contacto de esta oficina al comienzo de esta Notificación.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información médica. Usted puede:

- Solicitar que nos limitemos nuestro uso y divulgaciones para fines de tratamiento (excepto el tratamiento de emergencia), pago u operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo para hacer esto, pero si estamos de acuerdo, hay que respetar las restricciones que usted desee. Para solicitar una restricción, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o correo E se indica al comienzo de esta Notificación;
- Solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera confidencial, como por teléfono al trabajo y no a su casa, enviándole información sobre la salud a una dirección diferente o enviando el correo electrónico a su dirección personal de correo E. Vamos a estos pedidos si son razonables, y si usted paga por cualquier costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación;
- Pedir ver u obtener fotocopias de su información médica. Por ley, hay algunas situaciones limitadas en las que nos podemos negar a permitir el acceso o la copia. En su mayor parte, sin embargo, usted será capaz de examinar o tener una copia de su información médica dentro de los 30 días de pedirnoslo (o sesenta días si la información se almacena fuera del sitio). Puede que tenga que pagar las fotocopias con anticipación. Si negamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación si está disponible legalmente. Por ley, podrá otorgar una prórroga de 30 días el tiempo para nosotros dar acceso o fotocopias si le enviamos un aviso por escrito de la extensión. Si desea examinar u obtener fotocopias de su información médica, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación;
- nos pide enmendar su información de salud si cree que es incorrecta o incompleta. Si estamos de acuerdo, vamos a modificar la información dentro de los 60 días a partir de cuando nos solicite. Le enviaremos la información corregida a las personas que sepamos recibido la información errónea, y otros que se especifiquen. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición y la incluiremos con su información de salud, junto con toda declaración de refutación que podamos redactar. Una vez que su estado de situación y / o nuestra refutación se incluye en la información de su salud, la enviaremos toda vez que efectuemos una divulgación permitida de su información médica. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días de tiempo para considerar una solicitud de corrección si le notificamos por escrito de la extensión. Si desea pedirnos enmendar su información médica, envíe una solicitud por escrito, incluidos sus motivos para la modificación, a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación;
- Obtener una lista de las revelaciones que hemos hecho de su información de salud en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá: divulgaciones para fines de tratamiento, pago o atención médica; divulgaciones con su autorización; divulgaciones incidentales; revelaciones requeridas por la ley; y algunas otras revelaciones limitadas. Usted tiene derecho a una sola lista por año sin costo alguno. Si desea listas más frecuentes, que tendrá que pagar por adelantado. lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días siguientes a su recepción, pero por ley podemos tener una extensión de 30 días si le notificamos la prórroga por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación;
- Obtener copias impresas adicionales de esta Notificación de Prácticas de Privacidad a pedido. No importa si usted obtuvo una copia electrónica o en papel ya. Si desea copias impresas adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación;

NUESTRO AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD

Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad hasta que optemos por cambiarla. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permitido por la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a la información médica que ya tenemos, así como a toda información que podemos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de prácticas de privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina y tener copias disponibles en nuestra oficina.

QUEJAS

Si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, usted es libre de quejarse a nosotros o al Departamento de EE.UU. de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles. No tomaremos represalias en su contra si usted presenta una queja. Si quiere quejarse con nosotros, enviar una queja por escrito a la persona contacto en el consultorio a la dirección, fax o dirección electrónica que se indica al comienzo de esta Notificación. Si lo prefiere, puede tratar este reclamo en persona o por teléfono.

5

PARA MAS INFORMACION

Si desea más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llamar o visitar la oficina en la dirección o número de teléfono que aparece al principio de este aviso

ACUSE DE RECIBO

Reconozco que he recibido una copia de la notificación clínica de atención Midlands Ojo de prácticas de privacidad.

Nombre del paciente

Firma del Paciente

Fecha



WellPartners Adult Eye Clinic
Richland County Health Department
2000 Hampton Street, Suite 3145
Columbia, SC 29204
Phone: 803.888.1692 / Fax: 803.888.1691

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF IDENTIFYING HEALTH INFORMATION

PATIENT INFORMATION

Name: _____
Address: _____
Phone Number: _____
Patient ID (if available): _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE

I authorize the professional office of my optometrist named above to release health information identifying me [including if applicable, information about HIV infection or AIDS, information about substance abuse treatment, and information about mental health services] under the following terms and conditions:

1. Detailed description of the information to be released:
2. To whom may the information be released [name(s) or class(es) of recipients]:
3. The purpose(s) for the release (if the authorization is initiated by the individual, it is permissible to state "at the request of the individual" as the purpose, if desired by the individual):
4. Expiration date or event relating to the individual or purpose for the release:

It is completely your decision whether or not to sign this authorization form. We cannot refuse to treat you if you choose not to sign this authorization.

If you sign this authorization, you can revoke it later. The only exception to your right to revoke is if we have already acted in reliance upon the authorization. If you want to revoke your authorization, send us a written or electronic note telling us that your authorization is revoked. Send this note to the office contact person listed at the top of this form.

When your health information is disclosed as provided in this authorization, the recipient often has no legal duty to protect its confidentiality. In many cases, the recipient may re-disclose the information as he/she wishes. Sometimes, state or federal law changes this possibility.

I HAVE READ AND UNDERSTAND THIS FORM. I AM SIGNING IT VOLUNTARILY. I AUTHORIZE THE DISCLOSURE OF MY HEALTH INFORMATION AS DESCRIBED IN THIS FORM.

Patient Signature

Date

If you are signing as a personal representative of the patient, describe your relationship to the patient and the source of your authority to sign this form:

Relationship to Patient: _____

Print Name: _____

Source of Authority: _____



MEDIA AUTHORIZATION AND RELEASE

I, _____, of _____
(Name – please print) (Street address)

(City, state and zip)

hereby authorize and consent that United Way of the Midlands and United Way of America, not-for-profit organizations, their legal representatives, successors or assigns, shall have the absolute right to copyright, publish, use, sell or assign any and all quotes, written remarks, stories, photographic images, case studies, or any part thereof, which they have taken from or made of me or in which I may be included in whole or part, whether apart from or in connection with, illustrative or written printed matter, story or news item, press release, motion pictures, television or radio spots, video footage, world wide web published, or for publicity, advertising or any other lawful purpose whatsoever, in conjunction with my own or a fictitious name, or in reproductions thereof in color or otherwise.

I hereby waive all claims for any compensation for such use or for damages.

I hereby waive any right that I may have to inspect and/or approve the finished product or the advertising copy that may be used in conjunction therewith or the use to which it may be applied.

I hereby warrant that I am of full age and have the right to contract in my own name in the above regard. I state further that I have read the above authorization and release, prior to its execution, and that I am fully familiar with the contents thereof.

Date: _____

Signature: _____

Parent/Guardian
Signature: _____
(If subject is a minor)

Project: _____

Email address: _____

Phone number: _____