
Consentimiento para las fotografías

Este formulario debe ser utilizado solo para las fotografías que se toman para el tratamiento o para las operaciones de atención médica de University Centers of Excellence. Las fotografías que se toman con otros fines (por ejemplo, investigación, publicación, educación exterior, marketing, relaciones públicas, noticias o documentales) requieren el uso de otro formulario titulado "Consentimiento para fotografiar y autorización para el uso y la divulgación".

Mediante el presente el que suscribe otorga su consentimiento para ser fotografiado mientras recibe tratamiento en el consultorio, en el entendimiento que las imágenes de dicha fotografía pueden utilizarse para su tratamiento o para las operaciones de atención médica del consultorio, tales como revisión por pares o enseñanza médica, de acuerdo a lo que el Director Médico del consultorio y/o el médico que lo atiende considere adecuado, y que dicho uso está sujeto únicamente a las siguientes limitaciones:

El término "fotografía" según se usa en este documento incluye vídeo o fotografía fija, digital o en cualquier otro formato y cualquier otro medio de grabación o reproducción de imágenes.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Si firma una persona distinta del paciente, indicar la relación: _____

Testigo: _____