Consentimiento Informado para la toma de fotografías y autorización para su uso

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

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente, doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías. El término “imagen o fotografía” incluye video o fotografía fija en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes.

Autorizo el uso de la(s) imágenes(s) para el propósito de difusión en internet y redes sociales con fines educativos, de tratamiento, de investigación y científicos, y por la presente renuncio a cualquier derecho a recibir compensación en virtud de esta autorización. He sido informado que puedo solicitar una copia de las imágenes que estoy autorizando y que el médico profesional tratante se compromete a usarlas protegiendo en todo momento mi privacidad y respetando la confidencialidad de mis datos personales.

Eximo a mi médico, la Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y a cualquier otra persona que participe en mi atención, de toda responsabilidad ante cualquier reclamo por daños o de indemnización que surja de las actividades autorizadas por este acuerdo.

Se me ha informado que puedo solicitar que cese la publicación de mis imágenes cuando así lo decida. En caso de rescindir esta autorización, deberé realizar una solicitud por escrito dirigido a la Dra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Entiendo que al rescindir esta autorización, no se permitirá posteriores usos de mi(s) fotografía(s), pero no podré pedir que se me devuelvan las fotografías o que sean eliminadas las publicaciones que ya se han realizado.

He sido informado que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará en mi atención médica.

Declaro que he comprendido toda la información y se han aclarado mis dudas al respecto. De acuerdo con ello, decido lo siguiente:

\_\_\_\_ Acepto \_\_\_\_ No Acepto

Nombre y Firma del paciente o Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de testigo1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma de testigo2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Colocar dirección Monterrey N. L a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020