



## Consentimiento del paciente para fotografía o videografía

### AUTORIZACIÓN

☐ Autorizo el uso y la divulgación de mis fotografías, videos y testimonios para lo siguiente: educación médica, marketing y para su publicación en libros, revistas, sitios web y redes sociales por **IDEAL PLASTIC SURGERY**.

Me gustaría **EXCLUIR** lo siguiente:

☐ Nombre ☐ Cara ☐ Otro: \_\_\_\_\_

☐ Autorizo el uso y divulgación de mis fotografías **ÚNICAMENTE** para el propósito de mi atención médica con **IDEAL PLASTIC SURGERY**.

### REVOCABILIDAD

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero dicha revocación debe ser por escrito y debe ser recibida por **IDEAL PLASTIC SURGERY**. La revocación afecta la divulgación en el futuro y no es retroactiva.

Por la presente doy permiso para el uso de cualquiera de mis registros médicos, incluidas ilustraciones, fotografías u otros registros de imágenes creados en mi caso, para su uso en exámenes, pruebas, acreditación y/o fines de certificación por parte de La Junta Americana de Cirugía Plástica.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_