

Consentimiento informado para toma de fotografías

Área o áreas a fotografiar _____

Fecha: _____

Autorizo a _____ la toma de fotografías de las partes de mi cuerpo que se encuentren en tratamiento, bajo las siguientes condiciones:

1. Las fotografías se podrán tomar únicamente con el consentimiento de mi medico tratante y únicamente en los momentos en que sea aprobado por él/ella.
2. Las fotografías tomadas podrán ser usadas para mi expediente médico, para investigación y para educación cuidando siempre la dignidad e integridad de mi persona mediante métodos adecuados para su acceso. Estas fotografías y la información en relación a mi caso pueden ser publicados por separado o en conexión con alguna otra información en revistas médicas, libros, folletos, videos y/o cualquier otro medio con fines de educación médica, aprendizaje e investigación, entendiendo específicamente que por ningún motivo se dará a conocer mi identidad.
3. Las fotografías pueden ser modificadas o retocadas en la medida en que mi médico lo considere necesario.

Nombre del paciente

Firma
Si Autorizo

Firma
No autorizo

Consentimiento para uso público

Si el médico lo cree prudente, puede utilizar mis fotografías para promoción en medios públicos cuidando siempre la dignidad e integridad de mi persona, entendiendo específicamente que por ningún motivo se dará a conocer mi identidad.

Nombre del paciente

Firma
Si Autorizo

Firma
No autorizo