

## **CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN PARA SU USO**

Nombre de la persona:

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

Nombre del padre, madre o tutor/a:

\_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES.**

Por la presente, doy mi consentimiento para que se me tomen fotografías. El término "imagen" incluye video o fotografía fija, en formato digital o de otro tipo, y cualquier otro medio de registro o reproducción de imágenes. Por la presente, autorizo el uso con fines didácticos o educativos.

**PROPÓSITO** Por la presente, autorizo el uso de la(s) imágenes(s) para el propósito de difusión al personal de la clínica, profesionales de la salud y miembros del público con fines educativos, de tratamiento, de investigación y científicos. Doy mi consentimiento para que se tomen imágenes de mi hijo/a o tutorizado/a y autorizo el uso o la divulgación de tal(es) fotografía(s) a fin de contribuir con los objetivos científicos, de tratamiento, educativos, y por la presente renuncio a cualquier derecho a recibir compensación por tales usos en virtud de la autorización precedente. Por la presente, yo y mis sucesores o cesionarios eximimos al centro de toda responsabilidad ante cualquier reclamo por daños o de indemnización que surja de las actividades autorizadas por este acuerdo.

## **CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y AUTORIZACIÓN PARA SU USO**

**REESCISIÓN** Si yo decido rescindir esta autorización, no se permitirá posteriores usos de mi fotografía o la de mi hijo/a, tutorizado/a, pero no podrá pedir que se devuelvan las fotografías o la información ya utilizadas. **DERECHOS** Puedo solicitar que cese la filmación o grabación en cualquier momento. Puedo rescindir esta autorización hasta una fecha razonable antes de que se utilice la imagen, pero debo hacerlo por escrito, remitido a

---

Puedo inspeccionar u obtener una copia de las imágenes cuyo uso estoy autorizando. Puedo negarme a firmar esta autorización.

Mi negativa no afectará a las posibilidades de mi hijo de recibir atención. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que no recibiré ningún tipo de compensación financiera.

### **FIRMA**

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

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Paciente si es mayor de 12 años.

### **FIRMA REESCISIÓN**

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

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Paciente si es mayor de 12 años representante legal Investigador principal.