



Consentimiento del paciente para la fotografía de cuadros médicos

Paciente apellido: _____ Nombre: _____ Medio Inicial: _____

Verifique aquí si el paciente es menor de edad o no puede dar su consentimiento

Doy mi consentimiento para que se hagan fotografías médicas de mí o de mi hijo (o de la persona de la que soy tutor legal). Entiendo que la información solo se utilizará en mi registro médico, solo con fines de verificación. Al dar mi consentimiento a estas fotografías médicas, entiendo que no recibiré el pago de ninguna parte. A Negar a dar su consentimiento a las fotografías no afectará de ninguna manera la atención médica que recibiré. Si tengo alguna pregunta o deseo retirar mi concepto en el futuro, me pondré en contacto con el gerente de la oficina.

Al firmar este formulario a continuación, confirmo que este formulario de consentimiento y ha sido explicado en términos que entiendo.

Acepto el uso de mi imagen **solo** para registros médicos:

Firma: _____

Witness (Miembro del Personal): _____

Para los pacientes menores de 18 años de edad, una firma anterior indica que la información en este formulario de consentimiento ha sido completada por un padre o tutor legal en nombre del paciente.