



Consentimiento para fotografía

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ N.º de cuenta: _____

Padre o tutor legal: _____

Doy mi consentimiento para que mi foto (o la del menor o persona de quien soy tutor) sea tomada por el personal de _____ como _____ se describe a continuación.

Entiendo que mis fotografías, videos, imágenes digitales y otras imágenes (o las del menor o persona de la que soy tutor) pueden ser registradas para documentar y ayudar con la atención que recibo y con el pago de mi factura (o la del menor o persona de la que soy tutor). Estas imágenes pueden ser usadas para ayudar en la educación de los estudiantes y residentes dentro de la institución. Entiendo que el UT Health San Antonio será propietario de estas imágenes, pero que se me permitirá el acceso a verlas o para obtener copias de las mismas a un costo razonable. Aparte de los propósitos de tratamiento, educación y pago, las imágenes que me identifican (o al menor o la persona de la que soy tutor) se darán a conocer y/o serán usadas fuera de la organización sólo con mi autorización por escrito o del representante del paciente.

Si las imágenes deben ser tomadas para cualquier otro propósito que no sea para el tratamiento, la educación o pagos, debe indicarse el/los propósito(s): _____

Puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento. Dicha revocación del consentimiento debe hacerse por escrito. La revocación del consentimiento no afecta a ninguna información divulgada antes de la notificación por escrito de la revocación.

Libero de responsabilidad a UT Health San Antonio, el Grupo de Médicos de UT, su personal y empleados de todo reclamo o causa de acción que yo pueda tener de cualquier naturaleza, que de alguna manera pueda ser el resultado del uso de la fotografía u otra imagen.

Al firmar a continuación, estoy indicando que he leído y entendido el formulario de "Consentimiento para fotografía". Soy el paciente o tengo la autoridad para dar consentimiento para el paciente. Mis preguntas sobre este consentimiento han sido respondidas.

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha

En caso de ser el representante del paciente,
mencione su relación con el paciente

Nombre en letra imprenta