



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USO DE FOTOS, VIDEOS Y MEDIOS

Consultorio: Asthma Allergy Care & Treatment

Propósito: Este formulario autoriza el uso de fotos, videos, testimonios y medios relacionados del paciente para mercadeo, educación, página web, redes sociales, materiales impresos y campañas informativas para pacientes.

Autorización

Autorizo a Asthma Allergy Care & Treatment, sus proveedores, personal, representantes y afiliados a tomar fotografías, grabaciones, videos u otros medios que puedan incluir mi imagen, voz, apariencia, testimonio, área de tratamiento y medios relacionados.

Entiendo que estos materiales pueden ser utilizados para contenido de página web, publicaciones en redes sociales, materiales impresos de mercadeo, contenido educativo, campañas informativas para pacientes y ejemplos de antes y después o relacionados con tratamiento, si aplica.

Entiendo que mi imagen o información puede ser visible al público una vez publicada. El consultorio hará esfuerzos razonables para proteger mi privacidad; sin embargo, una vez que el material se publique en internet, otras personas podrían compartirlo, copiarlo o redistribuirlo.

Información Autorizada para Uso o Divulgación

Esta autorización puede incluir mi fotografía o video, voz o testimonio escrito, información general sobre el tratamiento, condición o servicio discutido, e imágenes de antes y después, si aplica.

Derechos del Paciente

Entiendo que no estoy obligado/a a firmar este formulario para recibir atención médica, tratamiento, pago o beneficios. Negarme a firmar no afectará mi atención médica. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. La revocación no afectará ningún uso o divulgación realizada antes de que el consultorio reciba mi revocación por escrito. Esta autorización permanecerá válida a menos que sea revocada por escrito.

Liberación de Responsabilidad

Libero a Asthma Allergy Care & Treatment, sus proveedores, personal, representantes y afiliados de cualquier reclamo relacionado con el uso autorizado de los medios descritos anteriormente.

Selección de Consentimiento

- Autorizo el uso de mi foto/video/medios para mercadeo y fines educativos.
- Autorizo el uso solamente si no se incluye mi nombre.
- Autorizo el uso solamente para fines educativos internos.
- No autorizo el uso de mi foto/video/medios.

Nombre del paciente

Número de teléfono

Firma del paciente

Nombre del padre/madre/tutor legal, si es menor de edad

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha de nacimiento

Correo electrónico

Fecha

Relación con el paciente

Fecha