

CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR LA IMAGEN

Por la presente, doy mi consentimiento irrevocable para que el Dr. Quintana y la práctica de Dr. Q Dentistry puedan usar cualquier imagen, video o retrato mío, o cualquier parte de mí (incluido el CARA COMPLETA sin censurar los ojos) o reproducciones de los mismos para tales fines. como deseen en relación con su escritura, enseñanza, lectura, consultoría y actividades profesionales, y pueden usarse, exhibirse y publicarse a través de cualquier medio como parte o en relación con su escritura, enseñanza, lectura, consultoría y actividades profesionales, aunque tal uso pueda ser con fines publicitarios o comerciales.

Al firmar este formulario, también libero cualquier reclamo que pueda tener como resultado del uso o la publicación de cualquier imagen, video o retrato de acuerdo con este comunicado, incluidos los reclamos de que dicho uso o publicación invade mi privacidad o viola mis derechos de confidencialidad como paciente. o empleado, además entiendo que no recibiré ningún pago ni ninguna otra compensación.

Debido a que estas fotografías en las que estoy o puedo ser reconocido, fueron tomadas en el curso de mi tratamiento del trabajo, certifico que no tengo objeción en su publicación y que sé que estoy renunciando a cualquier derecho que pueda tener como su / su paciente o empleado para negar el permiso o prohibir su uso o publicación. Entiendo que el editor se basará en este comunicado y, por lo tanto, no puede ser revocado.

Declaro que soy mayor de edad y que estoy en condiciones de contratar por mi cuenta. He leído este formulario de autorización antes de firmar a continuación y comprendo completamente el contenido, el significado y el impacto de esta autorización.

Firma del paciente (tutor legal)

Fecha

Firma del médico

Fecha

Firma del testigo

Fecha