VALDERRAMA
ORTHODONTICS

FORMULARIO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFIAS

Yo, _____ (nombre del paciente o tutor legal) por medio de la presente autorizo a Valderrama Orthodontics a tomar fotografías y videos de mi cara, mandíbula y dientes antes, durante y después de mi tratamiento de ortodoncia. Entiendo que las fotografías y videos se utilizarán como un registro legal de mi atención y se pueden usar para la comunicación con otros profesionales de la salud, solo cuando sea necesario para completar con éxito mi tratamiento de ortodoncia.

Doy mi consentimiento para que las fotografías se utilicen para los siguientes propósitos: (Ponga sus iniciales en todo lo que corresponda)

_____ Registros Dentales

_____ Investigación Dental

_____ Educación de los Pacientes

_____ Educación dental que incluye conferencias, seminarios, demostraciones, publicaciones profesionales como revistas o libros.

_____ Material de marketing, incluido el sitio web y materiales impresos.

Además, entiendo que si se usan fotografías y / o videos, mi nombre u otra información de identificación se mantendrá confidencial.

He leído lo anterior en su totalidad y entiendo los términos.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del padre / tutor (para menores): _____

Testigo: _____ Fecha: _____