



Consentimiento de Toma de Fotografía

Yo, _____, padre o tutor

legal de _____, con fecha de nacimiento _____,

doy mi consentimiento para que mi imagen (o la de mi hijo, persona de quien poseo la tutela) sea tomada por el personal de **Valderrama Orthodontics** como es descrito a continuación:

Entiendo que mis fotos, videos, digitales y otras imágenes (o la de mi hijo, persona de quien poseo la tutela) pueden ser guardadas para documentar, ayudar con mi tratamiento, y el pago de mi factura (o la de mi hijo, persona de quien poseo la tutela). Estas imágenes pueden ser usadas para ayudar con la educación y formación de estudiantes y residentes dentro de la institución. Entiendo que, **Valderrama Orthodontics** tendrá en su propiedad estas imágenes, pero tengo permitido el acceso a las mismas, para verlas o para obtener copias de ellas a un costo razonable. Con excepción de fines de tratamiento, educación y pagos, las imágenes que me identifican (o a mi hijo, persona de quien poseo la tutela) serán divulgadas y/o usadas fuera de la organización, solamente bajo autorización escrita de mi parte o del representante del paciente.

Si las imágenes son tomadas con cualquier propósito que no sea tratamiento, educación o pagos, la(s) intención (es) deben ser declaradas: Medios sociales como Facebook, Instagram, Twitter, **Valderrama Orthodontics** Website and Google.

Adicionalmente, puedo revocar o retirar mi consentimiento en cualquier momento. Dicho retiro de consentimiento debe hacerse por escrito. El retirar mi consentimiento no afecta ninguna información que haya sido divulgada previamente al aviso de revocación por escrito.

Yo libero y exonero a **Valderrama Orthodontics**, su staff y empleados, de cualquier reclamo o causa de acción de cualquier naturaleza, los cuales podrían, en cualquier manera, resultar del uso de la fotografía u otra imagen.

Al firmar a continuación, estoy indicando que he leído y entiendo el formulario de "Consentimiento de toma de fotografía". Soy el paciente o tengo la autoridad de dar consentimiento en nombre del paciente. Mis preguntas relacionadas con este consentimiento han sido respondidas.

Firma del paciente o su representante

Fecha

Si es representante del paciente, su relación

Nombre claro