

## AUTORIZACIÓN, USO Y LIBERACIÓN DE FOTOGRAFÍAS

Autorizo a **Clinique Dallas Plastic Surgery** y/o su(s) representante(s), para tomar fotografías, diapositivas o videocintas de mí para fines médicos, para ser utilizado para mi cuidado, presentaciones médicas, planificación de la cirugía, o como material educativo para futuros pacientes.

Además, autorizo el uso de estas imágenes, sin compensación para mí, para los siguientes propósitos específicos:

| SI                       | NO | USO  |
|--------------------------|----|--|
|                          |    | En el <b>álbum fotográfico</b> de nuestra oficina para muestra a posibles pacientes. |
|                          |    | En <b>seminarios</b> para posibles pacientes.  |
|                          |    | En nuestra <b>página web</b> para posibles pacientes.                                |
|                          |    | En <b>anuncios impresos</b> .  |
|                          |    | En <b>medios de comunicación social</b> ( <i>Facebook, Twitter, Instagram, etc</i> ) |
|                          |    | En nuestras <b>publicaciones</b> ( <i>Body of Courage, InSight Magazine</i> ).       |
| Comentarios adicionales: |    |  |

Entiendo que:

1. Tales fotografías, diapositivas o videos pueden ser publicados por Clinique Dallas Plastic Surgery. Cualquier medio impreso, visual o electrónico, incluyendo, pero no limitado a, revistas médicas y libros de texto, presentaciones científicas y cursos de enseñanza y sitios web internacionales para cirugía plástica y reconstructiva. Entiendo que tales usos también pueden incluir el mercadeo en nombre de Clinique Dallas.
2. No se utilizará mi nombre en ninguno de los medios descritos anteriormente; Sin embargo, también entiendo que en algunas circunstancias las fotografías, diapositivas o videos pueden mostrar características que me identifiquen (sólo en procedimientos que involucren cara y ojos).
3. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento y, si decido hacerlo, debo presentar mi revocación por escrito a Clínica Dallas en 7777 Forest Ln Suite C-230 Dallas, TX 75230. Dicha revocación no afectará la divulgación de información hecha antes de la revocación en dependencia de esta autorización.
4. Puedo negarme a firmar esta autorización sin que dicha negativa afecte al tratamiento médico que recibo del Dr. Antonetti.
5. La información revelada bajo esta Autorización, o parte de la misma, está protegida por la ley estatal y/o la "Health Insurance Portability and Accountability Act" de 1996 (*HIPAA*). Cualquier revelación de información conlleva potencialmente a su divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las reglas de confidencialidad federales y/o estatales aplicables.
6. Una copia de esta Autorización es tan válida como la original. He recibido una copia de esta autorización. Puedo inspeccionar o copiar información que se utilizará o divulgará bajo esta autorización, según lo dispuesto por la ley federal y/o estatal.

Deslindo a Clinique Dallas y a sus médicos de toda responsabilidad, incluyendo responsabilidad por negligencia, que de alguna manera surja de:

- todos y cada uno de los derechos que pueda tener o pueda haber tenido en las fotografías, diapositivas o videos de mí que he autorizado para ser utilizados y divulgados en esta Autorización; y
- cualquier reclamación que pueda tener o pueda haber tenido en relación con tal uso y divulgación de esas fotografías, diapositivas o videos de mí, incluyendo cualquier reclamo de pago relacionado con cualquier distribución o publicación de los mismos en cualquier medio.

Esta Autorización se hace como una contribución voluntaria en interés de la educación pública y certifico que he leído esta Autorización cuidadosamente y entiendo completamente sus términos.

Si tengo preguntas sobre el uso o revelación de mis fotografías, diapositivas o videos, puedo contactar al personal de Clinique Dallas al (972) 566-2010.

Si el paciente es menor de edad, las personas que firman son sus padres o tutores legales y por la medio de la presente demuestran tener autoridad legal para consentir y hacer consentimiento por ellos.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_