

## Consentimiento informado a ser fotografiado

Por este medio, el firmante autoriza a (*nombre de la institución*) \_\_\_\_\_ y al proveedor de salud encargado u otros empleados de esta institución a tomar fotografías de (*nombre d lal paciente*) \_\_\_\_\_ durante su tratamiento en la institución y, accede a que los negativos fotográficos, impresiones fotográficas o imágenes fotográficas en CD-ROM, se integren al expediente médico del paciente en sobre separado sellado, en caso de que deban presentarse posteriormente como evidencia legal. Se les facilitará dichas fotografías a las autoridades policiales o al fiscal sólo previa autorización del firmante de la liberación de sus antecedentes médicos.

El firmante no autoriza otro uso alguno de estas fotografías.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal de la paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_