

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA OBTENCIÓN Y USO DE IMÁGENES**

Fecha de obtención del consentimiento informado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE y RUT:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos) RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO y RUT:

**Dr. Frank Dawson García RUT: 8711076-1**

Este documento sirve para que usted, dé su consentimiento para la adquisición y uso de imágenes. Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia respecto a la calidad del resto de la atención recibida.

Autorizo voluntariamente el uso de mi imagen y la de mis exámenes. Asimismo, accedo a ser fotografiado y/o grabado en video de forma previa, durante y con posterioridad a la cirugía o procedimiento al que seré sometido, teniendo total conocimiento de que todas las imágenes, videos o cualquier otro material que se obtenga, serán de exclusiva propiedad del Dr. Frank Dawson García y no me serán devueltos.

Declaro que todos los derechos de cualquier clase y sobre todas las fotografías y grabaciones de imágenes realizadas, son de propiedad del Dr. Frank Dawson García, renunciando desde ya a formular cualquier reclamo de cualquier clase o naturaleza contra él o terceros.

Los datos de identificación, como Rut, nombre etc, serán eliminados de las imágenes que se utilicen para docencia y/o difusión.

Declaro, reconozco y acepto irrevocablemente que el Dr. Frank Dawson García podrá utilizar el material, total o parcialmente a perpetuidad, en todo el mundo, para los fines especificados en este consentimiento. Asimismo, y por este acto, acepto que el doctor pueda decidir no usar el material que obtenga.

### **AUTORIZACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por favor, seleccione una de las siguientes opciones:

- Autorizo a que se realice la toma y uso de imágenes permitiendo utilizar imágenes con fines docentes y de difusión, incluyendo su publicación en redes sociales como Instagram y YouTube, **sin enmascarar mi rostro (cara).**
- Autorizo a que se realice la toma y uso de imágenes permitiendo utilizar imágenes con fines docentes y de difusión, incluyendo su publicación en redes sociales como Instagram y YouTube, **enmascarando rostro (cara)** para proteger mi privacidad.

El paciente tiene el derecho de solicitar la eliminación de las imágenes en cualquier momento de las plataformas mencionadas, dentro de los límites técnicos y legales que lo permitan.

Firma Paciente \_\_\_\_\_ Firma Dr. Frank Dawson \_\_\_\_\_