



R.O.A.D.S.
COMMUNITY CARE CLINIC

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFÍA

Fecha: _____

Yo, _____, doy consentimiento para ROADS Community Care Clinic
(Paciente o Tutor Legal)
a fotografía me (o persona para quien soy tutor legal) para propósitos de identificación,
diagnóstico y tratamiento de rutina.

Entiendo que estas imágenes y la información se utiliza de manera adecuada y respetuosa y se almacenarán en un entorno seguro y regulado, con acceso controlado.

Entiendo que si en cualquier momento, ya no doy consentimiento para la fotografía que es derecho a negarse.

- Doy mi consentimiento para que estas fotografías a utilizar en mi expediente médico como parte de la gestión, antes y después de un procedimiento, comparando la progresión de la enfermedad de la piel, con fines terapéuticos.
- Declino el consentimiento para la fotografía.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Nombre del tutor de paciente: _____

Firma: _____