

Consentimiento para usar grabaciones de sonido e imágenes que puedan incluir información de identificación para la educación

Yo, _____, autorizo a mi médico o persona designada, _____
Nombre del paciente Nombre del médico o de la persona designada
 a usar las imágenes y grabaciones de sonido de mi persona, tomadas durante el curso de mi atención, con fines de educación, que pueden incluir presentaciones o publicaciones en libros de texto, revistas y formatos electrónicos.

Entiendo que si no autorizo o si retiro mi autorización para compartir las imágenes y grabaciones de sonido, eso no afectará en modo alguno la atención médica que reciba. Si tengo alguna pregunta o quiero retirar mi autorización en el futuro, puedo comunicarme con mi proveedor.

Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento, y que se aplicará en adelante; no se aplicará a las imágenes y grabaciones de sonido que ya se compartieron.

Entiendo que estas imágenes y grabaciones de sonido las pueden ver u oír el público en general, además de científicos e investigadores médicos que usan con regularidad estas publicaciones en su educación.

Entiendo que estas imágenes y grabaciones de sonido pueden tener información que me identifique y que es posible que alguien me reconozca.

Entiendo que no recibiré ningún pago de ninguna de las partes por el uso de mis imágenes y grabaciones de sonido.

Este formulario de consentimiento se aplica a todas las imágenes y grabaciones de sonido, a menos que se especifique abajo.

- Tomado en esta fecha: _____
- De esta parte de mi cuerpo: _____
- Para el uso de los siguientes proveedores: _____
- Otro: _____

Firmando este formulario abajo, confirmo que me explicaron detalladamente su contenido y que respondieron a mis preguntas.

Paciente* o Representante legal autorizado**

Nombre en letra de molde	Firma	Fecha	Hora	Relación
Firma del testigo				<input type="checkbox"/> Testigo de que el paciente confirmó la firma (marque la casilla si corresponde)
Nombre en letra de molde	Firma	Fecha	Hora	
Nombre o número del intérprete de idioma preferido				<input type="checkbox"/> El paciente no quiso tener un intérprete (marque la casilla si corresponde)
Nombre en letra de molde o número	Firma (si está presente)	Fecha	Hora	

Consentimiento por teléfono/video (marque la casilla si corresponde), Representante legalmente autorizado/No se exige la firma del intérprete.**

Nombre en letra de molde	Firma del médico de atención directa/proveedor con autorización específica	Fecha	Hora
--------------------------	--	-------	------

* Debe obtenerse la firma del paciente, a menos que este sea menor de 18 años o no tenga la capacidad.

**Tutor designado por un tribunal, representante para atención médica o sustituto, según la Family Health Care Decisions Act (Ley de decisiones de atención médica familiar).