Harmony Community Clinic
1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Consentimiento para Fotografías y Medios

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

1. Fotografías clínicas (expediente médico)

Las fotografías y medidas tomadas antes, durante y después del tratamiento son una parte importante de mi expediente médico para el control de peso y los procedimientos estéticos. Estas fotos se mantienen confidenciales, se guardan de forma segura y se usan solo para mi atención y la planificación del tratamiento.

Doy mi consentimiento para fotografías clínicas y medidas para mi expediente médico. _____ Iniciales

2. Uso de mercadeo y educativo (opcional)

Harmony Community Clinic podría querer usar mis fotos o videos en su sitio web, redes sociales (como Instagram y Facebook), materiales impresos o en educación profesional. Decir que no, no afectará mi atención de ninguna manera. Elija una opción:

- ☐ NO doy permiso para uso de mercadeo ni educativo.
- ☐ Doy permiso SOLO si mi cara y rasgos que me identifiquen (tatuajes, lunares, joyas) se ocultan o se recortan.
- ☐ Doy permiso para usar mis fotos o videos, incluyendo mi cara.

3. Condiciones

- Mi nombre no se publicará junto con mis imágenes a menos que dé un permiso escrito aparte.
- No recibiré pago ni otra compensación por el uso de mis imágenes, a menos que se acuerde en un contrato escrito aparte.
- Puedo revocar el permiso de uso de mercadeo en cualquier momento por escrito. La clínica dejará de hacer usos nuevos, pero no puede eliminar imágenes que ya se imprimieron o que otras personas compartieron.
- Las fotografías son propiedad de la clínica y forman parte de mi expediente médico.

Entiendo y acepto las opciones que marqué arriba. _____ Iniciales

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Firma del paciente _____ Fecha _____

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica) _____ Parentesco con el paciente _____ Firma del representante _____ Fecha _____

Nombre y credenciales del proveedor _____ Firma del proveedor _____ Fecha _____

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.