

## FORMULARIO GENERAL DE AUTORIZACIÓN PARA MEDIOS DE COMUNICACIÓN

En relación con los servicios y/o tratamientos dentales que se me están proporcionando, otorgo permiso para que se tomen fotografías/videos de mí, con las siguientes estipulaciones:

1. Las fotografías/videos pueden ser tomados por mi dentista, un fotógrafo profesional o un técnico bajo su dirección.
2. Las fotografías/videos pueden ser utilizados para redes sociales, registros médicos o como material educativo según lo considere apropiado mi dentista.
3. No seré identificado/a por nombre excepto para fines de registros médicos.

Por favor, inicialice todo lo que corresponda:

Yo \_\_\_\_\_ por la presente entiendo y doy mi consentimiento para que mis fotos/videos sean utilizados con fines de marketing, incluyendo en el sitio web de la Práctica y en plataformas de Redes Sociales. Entiendo que mi identidad no será revelada sin un consentimiento adicional. Entiendo que podré ser identificado/a solo por mi primer nombre y que mi privacidad será protegida según las regulaciones de HIPAA.

Yo \_\_\_\_\_ NO doy mi consentimiento para que se tomen fotos/videos para plataformas de redes sociales y/o para uso en el sitio web.

Please Sign

