



AUTORIZACION DE PUBLICACION DE MEDIOS

Nombre de Paciente: (Imprima) _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consiento que el (los) médico (s) y el personal de Fayetteville Plastic Surgery / Cape Fear Aesthetics MedSpa tienen el derecho y el permiso para publicar, usar o asignar cualquiera y todas las fotos o cintas de video que tomé en esta facilidad con el fin de:

(VERIFICAR LO SIGUIENTE [SÍ] [NO] Y INICIALE)

Nombre(s) del procedimiento: _____

SI	NO	PROPOSITO
		Educación médica
		Consulta/Presentación al paciente
		Publicación (Video o Impresión)
		Sitio de Web
		Medios de comunicación social

Además, reconozco que no debo recibir beneficios económicos por la creación y el uso de estos materiales.

Si decido revocar mi consentimiento, informaré a Fayetteville Plastic Surgery / Cape Fear Aesthetics MedSpa por escrito.

Al firmar este formulario, declaro que he leído las declaraciones anteriores, antes de su evacuación, y que entiendo este acuerdo.

Firma de Paciente: _____ **Fecha:** _____

Domicilio: _____

Numero Telefonico: _____

Guardian: _____ **Fecha:** _____

(Si el paciente es menor de edad)

Firma de Testigo: _____ **Fecha:** _____