

Texas Tech University Health Sciences Center
Ambulatory Clinic

Patient Name
Medical Record #
DOB
(or label)

CONSENTIMIENTO PARA GRABACIONES AUDIO VISUAL

Fecha: _____ Hora: _____

Yo _____, doy mi consentimiento para que se tomen lo siguiente(s):
(Nombre de la persona que da el consentimiento)

- 1. Fotografía(s)
- 2. Video
- 3. Pelicula(s)
- 4. Transmisión de imágenes por medio de circuito cerrado

al personal de la clinica de Texas Tech University a petición del
Dr(a): _____ del Departamento de: _____.

Entiendo que algunas o todas las partes de mi cuerpo serán incluidas en esta exhibición visual. También entiendo que este permiso incluye grabaciones visuales de procedimientos quirúrgicos o médicos.

Entiendo que estas fotografías, películas y/o videos serán hechas para fines de educación. Esta representación visual puede ser publicada en revistas profesionales y/o libros de medicina o con cualquier otro propósito que se considere conveniente en bien de intereses educativos, enseñanzas médicas, investigación, sin importar si la publicación es para uso filantrópico, comercial, institucional o tiene patrocinador privado, aún cuando se cobre una cuota de admission o de renta.

También doy mi consentimiento a la preparación y publicacion de una explicación del audio o texto visual explicando los detalles de mi caso para acompañar las fotografías, películas y/o videos.

Renuncio a todos los derechos que pudiera tener por pagos de regalías u otra compensación en conexión con la publicación de esta exhibición visual y/o con la exhibición de esta(s) película(s) y/o video(s) y con la explicación que los acompaña.

También entiendo que las fotografías, las negativas y los videos son propiedad de Texas Tech University Health Sciences Center, y pueden o no ser parte del expediente médico y también renuncio a todo derecho para inspeccionarlos.

Doy este consentimiento voluntariamente, con la condición de que yo (el/ella) no sea identificado por nombre en conexión con la exhibición visual o con la explicación adjunta.

Este consentimiento no se extiende para que los representantes de los medios publicitarios (prensa, radio o televisión) tomen fotos.

Entiendo que este consentimiento es **opcional** y **no tengo que firmar** para recibir atención medica.

Firma del paciente o
Persona autorizada para dar el consentimiento por el paciente

Parentesco si no es el paciente

Testigo