

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE IMÁGENES Y DIFUSIÓN

Córdoba.....de20.....

ODONTÓLOGA/O:.....MP.....

PACIENTE:.....

PADRE, MADRE O TUTOR (En caso de ser menor de edad):.....

A través del presente autorizo al/la Odontólogo/a
a tomar imágenes de mi cavidad bucal y/o región labial (tercio inferior facial), tanto antes,
durante y luego de la finalización del tratamiento profesional que se me está realizando.

Las imágenes, sean fotografías, radiografías, filmaciones de video o similares, podrán ser
utilizadas por el/la Odontólogo/a para documentar el
seguimiento de los tratamientos, o con finalidades científicas, didácticas y/o académicas.

La suscripción del presente consentimiento importa la autorización expresa al profesional no
solo de la toma de las imágenes de referencia sino asimismo a su difusión por los siguientes
medios y redes sociales:

Se deja expresa constancia que por razones de privacidad, el/la odontólogo/a no divulgará el rostro del paciente, su nombre completo ni ningún dato que permita identificarlo, salvo que el paciente lo solicite expresamente, lo cual deberá constar por escrito en este documento.

El/la odontólogo/a será responsable de la custodia y seguridad de las imágenes, adoptando las medidas necesarias para garantizar la privacidad del paciente.

Se deja constancia que el paciente no recibirá ninguna compensación o retribución económica por la autorización de toma de imágenes ni tendrá derecho alguno a reclamarla en el futuro, salvo convención en contrario que formulen por escrito las partes.

Si el paciente se arrepintiera de la presente autorización, deberá notificar fehacientemente de tal situación dejando sin efecto la presente.

La suscripción del presente por parte del paciente importa su consentimiento y aceptación expresa.

.....

Firma del Paciente o Representante

.....

Firma del Profesional