

Autorización de Fotos y Videos Estéticos

Autorización para fotografía antes/después y uso en materiales de marketing

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Autorización de Fotos y Videos

Esta autorización permite a la clínica tomar fotografías y/o grabaciones de video antes, durante y después de su(s) tratamiento(s). Estas imágenes pueden ser utilizadas para los propósitos seleccionados a continuación.

Autorizo el uso de mis fotos/videos para los siguientes propósitos: *

- ☐ Solo documentación en historial médico
- ☐ Portafolio antes y después (mostrado en la clínica a pacientes potenciales)
- ☐ Sitio web y redes sociales de la clínica
- ☐ Publicidad pagada y materiales promocionales
- ☐ Presentaciones educativas y capacitación
- ☐ Prensa, medios de comunicación y publicaciones

Preferencia de Anonimato en Fotos *

- ☐ Se puede mostrar la cara completa
- ☐ Los ojos deben estar oscurecidos o cubiertos
- ☐ Sin rasgos faciales identificables

Términos y Condiciones

Términos de esta Autorización:

- Entiendo que las fotografías/videos serán propiedad de la clínica.
- Renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar las imágenes finales o el contexto en el que se utilizan.
- Entiendo que no recibiré compensación financiera por el uso de mis imágenes.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud escrita, pero la revocación no se aplicará a las imágenes ya publicadas o distribuidas.
- Mi nombre no será asociado con imágenes publicadas a menos que proporcione consentimiento escrito separado.
- Libero a la clínica, su personal y cualquier parte afiliada de cualquier reclamación que surja del uso de mis fotografías/videos como se describe arriba.

He leído y entiendo los términos y condiciones de esta autorización de fotografía y video.

He leído y acepto los términos anteriores: _____

Consentimiento y Firma

Autorizo voluntariamente a la clínica a fotografiarme y/o grabarme y a utilizar tales imágenes como se describe en esta autorización. He leído este documento en su totalidad y entiendo su contenido.

Confirmando que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.