



CENTER FOR
COMPREHENSIVE BREAST CARE

LISA R. ALLEN, M.D.
ROSE E. MUSTAFA, M.D.

Capital Health
Center for Comprehensive Breast Care
Two Capital Way, Suite 505
Pennington, NJ 08534

PUBLICACIÓN DE IMÁGENES FOTOGRÁFICAS

Yo, _____, acepto que Lisa R. Allen, MD, o los representantes designados del consultorio, puedan tomar y hacer uso de fotografías mías tomadas durante los períodos preoperatorio y posoperatorio, para propósitos de registro clínico confidencial, y que tales fotografías permanezcan como propiedad de Lisa R. Allen, MD.

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

Concedo mi permiso, en forma plena y específica, para el uso de fotografías, cintas de video o información del caso con los siguientes fines, tal como indican mis iniciales a continuación. Como resultado de este uso, entiendo que estas fotografías, cintas de video o información del caso pueden aparecer en otros formatos relacionados, actualizados o reimpresos en cualquier ocasión simultánea o futura. Entiendo que tal consentimiento es estrictamente voluntario. Comprendo que puede suministrarse a cualquier tercero una copia de este consentimiento con las imágenes, de manera que puedan ser publicadas o presentadas. Entiendo que algunas fotografías pueden, por lo que muestran, hacerme identificable para otros según mi apariencia. Autorizo a Lisa R. Allen, MD, a hacer uso de mis fotografías, cintas de video e información del caso en los siguientes ámbitos educativos y científicos, que he firmado con mis iniciales:

_____ En materiales educativos para pacientes del consultorio de mi cirujano

_____ En el expediente de mi cirujano con fotos de pacientes durante los períodos pre y posoperatorio disponible para pacientes potenciales en el consultorio

_____ En el sitio o página web de mi cirujano

_____ En conferencias y presentaciones multimedia dictadas por mi cirujano con fines educativos

Firma: _____

Nombre en letra imprenta: _____

Fecha de hoy: _____