

Autorización

Tomas Fotográficas y/o Filmaciones

Estimado Paciente:

Clínica Bupa Reñaca resguarda el respeto y protección de su vida privada durante su atención de salud en nuestras dependencias. Por ello, cualquier toma fotográfica, grabación y/o filmación requiere de su autorización o la de su representante legal.

Solicitamos que manifieste su decisión con respecto a la autorización al profesional para realizar fotografías, grabaciones y/o filmaciones de su persona, para ser utilizados con fines periodísticos, publicitarios o de investigación.

AUTORIZO

NO AUTORIZO

Nombre y Apellidos del Paciente: _____

Cédula de Identidad del Paciente: _____

Nombre y Apellidos del Representante (si aplica): _____

Cédula de Identidad del Representante (si aplica): _____

Firma Paciente o Representante: _____

Nombre y Apellidos del Solicitante: _____

Cédula de Identidad del Solicitante: _____

Firma Solicitante: _____

Fecha: _____