



Formulario de publicación de fotografía de paciente

Nombre del paciente _____

Por la presente reconozco que me han informado que me tomarán fotografías o partes de mi cuerpo antes, durante y después de los procedimientos. Libero y descargo Tannan Plastic Surgery y Shruti C. Tannan, MD, sus sucesores y cesionarios, y todas las partes que actúan bajo su licencia y autoridad, de todas y cada una de las reclamaciones o acciones que tenga o pueda tener relacionadas con dicho uso y publicación y todos los derechos que pueda tener en dicha información, fotografías, imágenes electrónicas, secuencias de video y detalles ("Medios") con respecto a los servicios médicos prestados, incluido el reclamo de el pago en relación con dicho usuario o publicación.

Por la presente, doy mi consentimiento para que Tannan Plastic Surgery utilice los medios para los fines de mi atención médica con Tannan Plastic Surgery y para álbumes de fotografías en la oficina, medios impresos, medios de difusión y medios electrónicos. Mi consentimiento está sujeto a la condición de que no soy identificado por nombre en cualquier momento durante cualquier uso o publicación de estos materiales. Certifico que he leído la autorización y la versión anterior y que entiendo completamente sus términos.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____

Tannan Plastic Surgery

10208 Cerny St, Suite 204, Raleigh, NC 27617

(919) 797-0996

www.tannanmd.com

info@tannanmd.com

