

**CONSENTIMIENTO PARA REGISTRO
FOTOGRAFICO, DE VIDEO O DE AUDIO**

CONSENT FOR PHOTOGRAPHING, VIDEOTAPING, AND/OR AUDIOTAPING

Consent-E
Consent for Photography, Videotaping and/or Audiotaping



IDN13150341

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

Por la presente autorizo al *Rush University Medical Center* (Centro Médico de la Universidad Rush), a sus agentes y empleados a registrar mi voz, imagen o representación en cualquier medio, incluyendo a modo de ejemplo, fotografías, videos, cintas de audio o cualquier otro medio electrónico o digital.

Entiendo que las grabaciones pueden ser utilizadas para investigación, diagnóstico, fines terapéuticos, educativos o para relaciones públicas.

Entiendo además que tengo derecho de retirar mi consentimiento para la grabación en cualquier momento antes de que se la realice y también de retirar mi consentimiento para el uso de dicho material dentro de un período razonable de tiempo antes de que se la utilice para cualquier otro fin permitido.

Fecha (*Date*): _____

Nombre (*Name*)

Firma (*Signature*)

Firma del padre o tutor (si corresponde)
Signature of Parent/Guardian (if applicable)

**RETIRO DE CONSENTIMIENTO OTORGADO PREVIAMENTE
PARA REGISTRO FOTOGRAFICO, DE VIDEO O DE AUDIO**

Retiro el consentimiento que entregué anteriormente para registrar y utilizar mi voz, imagen o representación en cualquier medio, incluyendo a modo de ejemplo, fotografías, videos, cintas de audio o cualquier otro medio electrónico o digital.

Fecha (*Date*): _____

Nombre (*Name*)

Hora (*Time*): _____ AM / PM

Firma (*Signature*)

Firma del padre o tutor (si corresponde)
Signature of Parent/Guardian (if applicable)

INSTRUCTIONS: This consent form should be signed by the patient if an adult (18 years and older), by a parent or court-appointed guardian if the patient is a minor or by a court-appointed guardian if the patient has been declared legally incompetent. (This form need not be completed if photographing and/or videotaping is incidental to a surgical or medical procedure for which the General Informed Consent form (#1927), which contains an authorizing paragraph, is completed).

INSTRUCCIONES: Este formulario de consentimiento debe ser firmado por el paciente, si se trata de un adulto (18 años o más), por un padre o tutor designado por un tribunal si el paciente es menor o por un tutor designado por un tribunal si el paciente ha sido declarado legalmente incapaz. (No es necesario completar este formulario si la toma de fotografías o grabación en video es parte de un procedimiento quirúrgico o médico para el cual se completa el formulario de Consentimiento Informado General (N.º 1927), que contiene un párrafo de autorización).