Corey Harkins, M.D.

PLASTIC SURGERY CENTER OF THE SOUTH

AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGEONS, INC.

Consentimiento de Fotografia

Yo por la presente otorgo voluntariamente permiso al Centro Plástico de la Cirugía del Sur y sus empleados designados, para tomar y utilizar cualquier preoperative, fotos de intraoperative de yo mismo para propósitos de registro, la investigación, la educación y publicación médica, así como ayudando otros a hacer sus decisiones quirúrgicas. Cualquiera de estos usos puede ser eliminado de esta forma. Comprendo aún más que ninguna forma de compensación llegará a ser pagadera a mí para el uso de estas fotografías.

_____ _____

Firma paciente Fecha

Yo por la presente certifico que soy un padre, o la persona designó legalmente como el guardián del encima de paciente, una persona secundaria, y que yo también por la presente proporciono autorización y otorgo las liberaciones descritas arriba en este documento.

_____ _____

Firma Guardián cría/legal Fecha

Yo no otorgo permiso para utilizar mis fotos para ninguna razón de otra manera que para mi historial médico.

_____ _____

Firma paciente Fecha

_____ _____

Firma testigo Fecha