

CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE FOTOGRAFÍAS Y AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN

Nombre del paciente: _____

DNI / NIE / Pasaporte: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Consentimiento para la toma de fotografías

Por la presente, doy mi consentimiento para que se me realicen fotografías durante la prestación del tratamiento médico-estético en la clínica y/o por el doctor(a):

_____.

El término “fotografía” incluye imágenes fijas o en movimiento (fotografía, vídeo u otros formatos), en soporte digital o físico.

2. Autorización de uso y divulgación

Autorizo la utilización de las fotografías tomadas para su uso y/o divulgación por parte de _____ (nombre de la clínica y/o médico) y del LABORATORIO INNOAESTHETICS, SLU.

Finalidades autorizadas

Las imágenes podrán utilizarse para:

- Documentación clínica y seguimiento de mi tratamiento.
- Fines educativos, científicos o de investigación.
- Publicaciones y presentaciones en congresos médicos.
- Difusión con fines de comunicación, marketing, relaciones públicas y medios de comunicación, vinculados a la clínica o al LABORATORIO INNOAESTHETICS, SLU.

Declaro que cedo mis derechos de imagen únicamente para los fines aquí descritos y renuncio a recibir compensación económica por ello.

Asimismo, siempre que sea posible, las imágenes se tratarán de forma que no permitan identificar al paciente (por ejemplo, evitando mostrar ojos u otros rasgos faciales identificativos).

3. Exención de responsabilidad

Eximo a _____ (nombre de la clínica), a _____ (nombre del médico), al LABORATORIO INNOAESTHETICS S.L.U., y a cualquier otra persona implicada en mi atención, así como a sus sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad derivada del uso autorizado de dichas imágenes.

4. Derechos del paciente

- Puedo solicitar que se interrumpa el **uso** de mis imágenes o revocar este consentimiento en cualquier momento, mediante comunicación escrita dirigida a la clínica y al **LABORATORIO INNOAESTHETICS S.L.U.**, a través del correo electrónico: protecciondatos@innoaesthetics.com
- La revocación no tendrá efectos retroactivos sobre el uso ya realizado.
- Tengo derecho a acceder, rectificar o suprimir mis datos personales, así como a ejercer los derechos de limitación, portabilidad y oposición, conforme al Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales.
- Entiendo que no recibiré compensación económica por el uso de las imágenes.
- Se me entregará una copia de este consentimiento.

5. Vigencia

Este consentimiento permanecerá válido hasta que lo revoque expresamente por escrito.

Lugar y fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma del médico responsable: _____

###