

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Profesional que solicita (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

En conformidad a lo establecido en la **LEY 19.628** Sobre protección de la vida privada (Título I, artículo 4), **LEY 20.584** que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud (Título II, párrafo 2, artículo 5, letra c) y Artículo 60º de **REGLAMENTO INTERNO** de Clínica Ciudad del Mar de Octubre 2013, la institución resguarda el respeto, protección de la vida privada y honra de las personas durante su atención de salud en nuestras dependencias.

En determinados tratamientos, procedimientos, intervenciones y circunstancias puede ser necesaria o solicitada la toma de fotografías y/o grabaciones, para lo cual se requerirá autorización escrita del paciente o de su representante legal.

En tales condiciones, **CONSIENTO Y AUTORIZO** a esta institución de salud a publicar mi imagen como paciente de Centro Médico Libertad, con o sin fotografía, video, audio e imágenes, en los canales de comunicación interna y externa que estimen conveniente, entendiéndolo por ello material impreso y digital en sitio web, redes sociales y/o medios de comunicación, según correspondiere.

\_\_\_\_\_  
Firma Profesional

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal