

Yo _____ autorizo a utilizar mi
fotografía en una publicación científico-médica.

Renuncio a cualquier derecho con respecto a la privacidad, publicidad y derechos de autor
relacionado con las fotografías.

Certifico que he leído y entendido los términos y condiciones de este formulario y por tanto
firmo en la fecha abajo reseñada.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (letra de imprenta): _____

Dirección: _____

Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____