

2025 (Spanish) Photography Release Form

2025 Photography Release Form

Nombre de Paciente	Apellido de Paciente	Fecha de nacimiento del Paciente
-	-	-
Nombre del Guardián Legal	Apellido del Guardián Legal	Relación del Tutor Legal con el Paciente
-	-	-

Yo, por la presente autorizo a OM3 Cirugía Oral Maxilofacial y de Implantes a tomar fotografías, diapositivas y/o videos de mi cara, mandíbulas, boca y dientes.

Entiendo que las fotografías, diapositivas y/o videos serán utilizados como un registro de mi cuidado, y pueden ser utilizados con fines educativos en reuniones de clubes de estudio, conferencias, seminarios, marketing y publicaciones.

Además, entiendo que si las fotografías, diapositivas y / o videos se utilizan de alguna manera, mi nombre será eliminado y se mantendrá confidencial.

No espero compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías.

Firma del Paciente/Tutor Legal (ESign)	Fecha
	-

Date :