



**DENTAL PARK**  
W E M A K E S M I L E S

Consentimiento para Uso de Fotos:

Yo \_\_\_\_\_, autorizo a Dental Park of McAllen 2, PLLC, o cualquiera de sus afiliados a tomar fotos, o videos de mis dientes, quijada, y cara. Entiendo que las fotos y videos serán usados como registro de mi cuidado, y quizás se usarán para comunicación con otros médicos profesionales, publicaciones educativas (revistas dentales), y lecturas educativas. El material podrá ser usado para publicidad (incluyendo publicaciones en nuestro sitio web, facebook, instagram etc.).

Entiendo que si mis fotos o videos son usados en cualquier publicación o como parte de una demostración, puede que mi información de identidad sea usada (solo el primer nombre) amenos que se indique diferente abajo. No espero compensación financiera o de otra manera por el uso de estas fotografías/videos. Si deseo revocar este consentimiento lo are por escrito.

Por favor, ponga sus iniciales en sólo uno de los siguientes:

- \_\_\_\_\_ No me importa si mis fotografías se utilizan en cualquiera de las situaciones arriba indicadas.  
\_\_\_\_\_ Acepto que se muestren mis fotos sin información de identificación.  
\_\_\_\_\_ Sólo acepto que mis dientes se muestren sin ninguna característica identificativa  
\_\_\_\_\_ No estoy de acuerdo con ninguna publicación de ninguna de mis fotos

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Consentimiento Para Liberación De Registros:

Yo, el abajo firmante, autorizo por este medio al doctor y/o a los cesionarios designados a tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otro tipo de ayudas para diagnosticar que se considere necesarias para hacer un diagnóstico minucioso de mis necesidades dentales, también autorizo al médico a realizar cualquier y todas las formas de tratamiento, medicación y terapia que puedan ser indicadas. Autorizo y consiento que el doctor emplee cualquier asistencia que considere apropiada.

Además autorizo la divulgación de cualquier información, incluyendo el diagnóstico, las radiografías y los registros de cualquier tratamiento o examen prestado a mi compañía de seguros, profesionales de consultoría u otros que soliciten mis registros. Entiendo que soy personalmente responsable del pago de todos los honorarios por los servicios dentales proporcionados en esta oficina para mí y mis dependientes, sin importar la cobertura de seguro. El incumplimiento de esta responsabilidad conlleva la sanción de compensar la práctica por cualquier honorario relacionado con el abogado y la cobranza. Entiendo que el pago es debido cuando los servicios son prestados. Cualquier otro arreglo para el pago debe ser hecho antes de que comience el tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Guardián legal

\_\_\_\_\_  
Fecha