

Center for Women's Health

ADVANCED AND PERSONALIZED CARE FOR WOMEN
C. Funsho Fagbohun, MD, PhD, FACOG, FACS

Fort Bend Doctors' Pavilion
1601 Liberty Street Ste A
Richmond, TX 77469

Kesha S. Robertson, MD, FACOG
Cynthia I. Rios, MD, FACOG
Sarah D. Nelson, MD
Sabina K. Cherian, MD

Phone: 281-342-MYOB (6962)
Fax: 281-342-6963
Email: info@mywomensdoc.com

Obstetrics, Gynecology, & Minimally Invasive Surgery

Consentimiento Para el uso de Fotografías

Centro de Salud Para Mujeres quisiera tener su permiso para tomar y utilizar imágenes de usted y su familia en nuestro sitio web (mywomensdoc.com) y en sitios de redes sociales como Facebook, Twitter, etc. Por favor lea la siguiente y firme.

Concedo Centro de Salud Para Mujeres y sus afiliados el derecho de tomar fotografías de mi familia y en relación con el evento arriba identificado. Estoy de acuerdo que Centro de Salud Para Mujeres puede usar y publicar estas fotos de mí y de mi familia con o sin mi nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo, por ejemplo los propósitos tales como publicidad, Ilustración, publicidad y contenido de la Web. Entiendo que no recibiré ninguna forma de compensación por alguna de las partes involucradas en el uso de mis fotos y si deseo retirar mi consentimiento que puede hacerlo por escrito excepto en la medida en que la práctica ya ha hecho revelaciones confiando en mi consentimiento previo.

Al firmar abajo, estoy de acuerdo con los términos de este consentimiento y doy mi permiso para el uso de mí y fotos de mi familia tomadas por el Centro de Salud Para Mujeres y sus afiliados para los fines indicados anteriormente.

Nombre del Paciente _____

Si es Menor, Nombre de Guardián legal _____

Firma _____ Fecha ____/____/____

Marque aquí si **NO** da su consentimiento para el uso de sus fotos o los fotos de su familia.

Nombre del Paciente _____

Si es Menor, Nombre de Guardián legal _____

Firma _____ Fecha ____/____/____