

**Dr. N. GALINDO CAMPILLO**  
**Otorrinolaringología**  
Hospital Ruber Internacional.  
La Masó, 38. 28034 Madrid  
Tfno 91 387 5286/5148

**Consentimiento de Autorización para la Toma y Publicación de Fotografías**

En relación a los servicios médicos que estoy recibiendo de mi médico, el Dr. Galindo Campillo y su equipo, doy mi autorización para que puedan ser tomadas de mi o parte de mi cuerpo fotografías, bajo las siguientes condiciones:

- A. Las fotos deberán ser tomadas solo por mi médico o por alguien designado por él.
  
- B. Las fotos solo podrán ser utilizadas para fines médicos y, si a juicio de mi médico tales fotos son beneficiosas como parte de investigación, educación o divulgación científica, tales fotografías en relación a mi caso podrán ser publicadas y republicadas, en revistas y libros médicos o usadas para cualquier otro propósito que pudiera ser propio en el interés de la educación médica, investigación o desarrollo de nuevas técnicas; se entiende explícitamente, sin embargo, que en ningún caso seré identificada/o por mi nombre.

Madrid, a.....de.....de.....

Firma del Paciente.....

Nombre.....