

JOSE RAUL MONTES

Eyes & Facial Rejuvenation

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE RÉCORDS MÉDICOS DE PACIENTES

Yo, _____, mayor de edad, de la siguiente profesión: _____, vecino de _____ y del siguiente estado civil:

Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)

por la presente autorizo al Dr. José Raúl Montes y a sus asociados, sin compensación económica alguna, a mostrar, presentar, enseñar, instruir y educar en conferencias, televisión, página web y/o redes sociales (p. ej., Facebook, Instagram, LinkedIn, Snapchat, Twitter, etc.), o en cualquier otro lugar y fecha que sea necesario, sin limitarse a terceros, cualquier fotografía y/o documentos ilustrativos que obran en mi record médico y/o expediente médico y que se encuentren en posesión o bajo la custodia del Dr. José Raúl Montes, como resultado de cualquier tratamiento, consulta y/o evaluación que este facultativo me haya brindado.

También autorizo a Dr. Montes (para fines educativos y/o médicos, información y/u opinión médica sobre mi condición) poder instruir y explicar mi tratamiento, incluyendo la aplicación e información relacionada con la utilización del Botox® y/o cualquier otro producto, tratamiento y/o medicamento.

El aquí firmante releva de toda y cualquier responsabilidad al facultativo, sus asociados y/o institución por la divulgación y demostración de cualquier documento ilustrativo (entiéndase fotos, gráficas, dibujo, reproducción de imagen, entre otros), que se refiere en la presente autorización.

Autorizo.

No autorizo.

Firma del Paciente

Fecha

Rev. 1/19/17