

E. Anthony Musarra, II, M.D.

James E. Leake, M.D.

Michael Petrosky, M.D.



Photographic Consent

Yo por la presente otorgo voluntariamente permiso al Centro Plástico de la Cirugía del Sur y sus empleados designados, para tomar y utilizar cualquier preoperative, fotos de intraoperative de yo mismo para propósitos de registro, la investigación, la educación y publicación médica, así como ayudando otros a hacer sus decisiones quirúrgicas. Cualquiera de estos usos puede ser eliminado de esta forma. Comprendo aún más que ninguna forma de compensación llegará a ser pagadera a mí para el uso de estas fotografías.

Firma paciente

Fecha

Yo por la presente certifico que soy un padre, o la persona designó legalmente como el guardián del encima de paciente, una persona secundaria, y que yo también por la presente proporciono autorización y otorgo las liberaciones descritas arriba en este documento.

Firma Guardián cría/legal

Fecha

Yo no otorgo permiso para utilizar mis fotos para ninguna razón de otra manera que para mi historial médico.

Firma paciente

Fecha

Firma testigo

Fecha