



Texas Department of State Health Services  
Tuberculosis and Hansen's Disease Unit

**Autorización y divulgación de fotos**

Este formulario es un consentimiento para fotografías médicas que pueden ser utilizadas durante o después del tratamiento en una Clínica de la Enfermedad de Hansen del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas.

---

Nombre del departamento de salud

Entiendo que, al firmar este formulario, el departamento de salud arriba mencionado puede tomar fotografías médicas de mí o de mi hijo (o de la persona de la que soy tutor legal) para el expediente médico, con fines educativos o para publicaciones médicas.

Confirmando que este consentimiento de divulgación de fotos me lo han explicado en términos que entiendo, y que no recibiré pago alguno de terceros por el uso de estas fotos.

Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante la entrega de una declaración escrita y firmada a la clínica de la enfermedad de Hansen en el departamento de salud arriba indicado. La revocación o el vencimiento de esta autorización no significa que el DSHS eliminará las fotografías o grabaciones de los materiales creados mientras la autorización estaba vigente. Sin embargo, el DSHS hará todo lo posible para no usar mis fotos y grabaciones en los materiales creados después de la revocación de esta autorización.

Seleccione la opción que corresponda:

**Otorgo mi consentimiento para que mis fotos se utilicen en mi expediente médico.** Iniciales: \_\_\_\_\_

Las fotografías de mi expediente médico serán utilizadas por mi equipo de tratamiento para hacer un seguimiento de cualquier cambio en mis síntomas y documentar los hallazgos físicos asociados a la enfermedad de Hansen.

**Otorgo mi consentimiento para que mis fotografías se utilicen en materiales con fines educativos y no para uso comercial.** Iniciales: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información personal de mi salud se divulgará (excluyendo mi nombre) al utilizar mis fotos con fines educativos. Esto puede incluir hojas informativas publicadas en el sitio web del DSHS para su distribución, presentaciones educativas, incluidas conferencias en persona y seminarios web para el público del ámbito de la salud pública, o en publicaciones médicas que pueden incluir revistas médicas, libros de texto y publicaciones electrónicas. Aunque estas fotografías se utilizarán **sin** información que me identifique, entiendo que es posible que alguien me reconozca. Las imágenes pueden ser consultadas por el público en general, así como por profesionales de la salud, científicos e



Texas Department of State Health Services  
Tuberculosis and Hansen's Disease Unit

investigadores médicos que utilizan habitualmente este material en su formación profesional.

**NO autorizo la toma de fotografías médicas.** Iniciales: \_\_\_\_\_

Entiendo que el departamento de salud designado no me negará el tratamiento u otros beneficios si me rehúso a firmar este consentimiento.

**Firmas**

**Sección I:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Persona autorizada para dar el consentimiento (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Sección II:**

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_