

Fecha: _____

Autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos)

Yo, _____, con documento de identidad No. _____ de _____ mediante el presente formato autorizo al Doctor(a) _____ para que haga el uso y tratamiento de mis derechos de imagen para incluirlos sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) como evidencia de antes y después del tratamiento que me realizaré; permito además los Derechos de Autor; los Derechos Conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen del tratamiento realizado.

Esta autorización se registrará por las normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

- Este video/foto podrá ser utilizado con fines educativos, demostrativos y/o informativos, o publicitarios, en diferentes escenarios y redes sociales del consultorio odontológico
- Este video/foto es sin ánimo de lucro y en ningún momento será utilizado para objetivos distintos. El Consultorio Odontológico queda exento de cualquier responsabilidad que se pueda derivar de la presente actividad con la firma de la autorización.
- La presente autorización no tiene ámbito geográfico determinado, por lo que las imágenes en las que aparezca podrán ser utilizadas en el territorio del mundo, así mismo, tampoco tiene ningún límite de tiempo para su concesión, ni para explotación de las imágenes, o parte de estas, por lo que mi autorización se considera concedida por un plazo de tiempo ilimitado.

Autorización para el tratamiento y uso de datos personales

De conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 *“por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales”* y el Decreto 1377 de 2013, que la reglamentan parcialmente, manifiesto que otorgo mi autorización expresa y clara para que el doctor Responsable (que aparece al final de este documento), pueda hacer tratamiento y uso de mis datos personales, los cuales están reportados en la base de datos de la que es responsable dicha organización y que han sido recolectados en las relaciones contractuales que ésta realiza en desarrollo de su objeto social.

De acuerdo a la normatividad citada, queda autorizado de manera expresa e inequívoca para mantener y manejar la información suministrada, sólo para aquellas finalidades para las que se encuentra facultado y respetando en todo caso, la normatividad vigente sobre protección de datos personales.

No obstante, en la presente autorización, me reservo el derecho a ejercer en cualquier momento la posibilidad de conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos personales en la base de datos de la organización, cuando así lo estime conveniente.

Firma del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____

Identificación del Paciente: _____

Nombre Responsable: _____

CC: _____ de _____