



AUTORIZACIÓN PARA
FOTOGRAFÍAS, GRABACIONES Y/O
FILMACIONES.
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

Por intermedio del presente Yo _____,
cédula de identidad _____ confirmo que accedí
voluntariamente a ser entrevistado, fotografiado y/o grabado durante mi
hospitalización, atención ambulatoria o procedimiento en el
establecimiento _____

Asimismo, autorizo expresamente para que estos testimonios e
imágenes (fotografías y grabación) puedan ser utilizados en medios de
comunicación, en videos promocionales y de difusión del Servicio de
Salud Talcahuano que se presentarán en seminarios, charlas
motivacionales y educativas, así como también podrán ser subidos a la
web de este organismo y medios de comunicación.

He sido informado/a que la actividad consiste
en _____

NOMBRE _____

RUN _____

FIRMA _____

FECHA _____

He sido informado/a que un eventual rechazo a esta propuesta no
afectará la atención que se me otorga.

