**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FOTOGRAFIAS CON FINES ACADEMICOS**

**ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

**Nombre:…………………………………………………………..….Fecha:…………………………………...**

Al firmar el siguiente documento, confirmo que se me ha explicado este consentimiento en términos que puedo entender.

* Consiento que estas fotografías sean usadas en publicaciones académicas electrónicas e impresas como: revistas, libros y publicaciones electrónicas. Acepto además, que las fotografías sean utilizadas para propósitos educativos.
* Entiendo que mi imagen puede ser vista por miembros del publico general, además de científicos e investigadores que usan estas publicaciones para su educación profesional. Sin embargo estas no incluirán información personal como el nombre, además serán anónimas en las cuales no será evidente el rostro u otras partes de cuerpo reconocibles.
* Entiendo que no recibiré reembolso económico por las fotografías que proporcione.
* La negación de consentimiento a la toma de fotografías no afectara de ninguna manera la atención, ni los resultados investigativos iniciales.
* Entiendo que una vez firmado este consentimiento, no puede ser retirado.

Yo ………………………………………….. con cedula de ciudadanía………………………….otorgo mi consentimiento para la toma de fotografías de mi persona:

…………………………………………. …………………………………………

Firma del paciente Testigo

No acepto que mi imagen sea utilizada para cualquiera de los fines antes descritos:

…………………………………………. …………………………………………

Firma del paciente Testigo