



CARTA DE CONSENTIMIENTO

PARA LA OBTENCIÓN DE FOTOS O VIDEOGRABACIÓN

Título de proyecto: Salud del niño y del adolescente: historia clínica

Responsable: Dra. Itzel Estefanía Medina Salgado

Datos del padre, madre o tutor legal:

Nombre completo: Jareth Manuel Medina Salgado

Teléfono de contacto: 341 1130391

Correo electrónico (opcional): _____

Datos del menor

Nombre completo: Anthony Jeshua Sánchez Medina

Edad: 5 años

Introducción. Por medio de la presente, se solicita su autorización para la toma de fotografías y/o videograbación con fines educativos, informativos y de difusión profesional relacionados con la atención en salud del niño y del adolescente. El material podría ser utilizado en redes sociales preprofesionales, página web, material informativo impreso o digital, siempre con fines académicos, médicos y de promoción a la salud.

Procedimiento. Se podrá tomar fotografías de Anthony Jeshua Sanchez Medina.

El material podrá incluir imagen facial, nombre de pila y/o actividades realizadas durante la consulta o actividad médica.

Beneficios. No se otorgará compensación económica por la participación. La colaboración contribuye a la promoción de la salud infantil y adolescente mediante información educativa.


Confidencialidad. El material será almacenado de forma segura por el responsable. No se divulgará información clínica confidencial sin autorización adicional.

Riesgos. Es posible que el menor pueda ser reconocido en fotografías o videos. Se recomienda considerar este punto antes de otorgar la autorización.

Declaración del consentimiento

Yo, Janeth Marisol Medina Salgado como padre/madre/tutor legal del menor mencionado, **autorizo** la toma y uso de fotografías y/o videograbación bajo las condiciones descritas en este documento.

Firma del padre/madre/tutor:



Fecha

16/02/2026

Día/mes/año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Itiel Estefanía Medina Salgado

16/02/2026

Día/mes/año

Firma:

