



DR. JOSÉ RAMÓN VELÁSQUEZ

CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

Consentimiento para Uso de Imágenes con Fines Publicitarios

Yo, _____, con número de identificación _____, otorgo mi consentimiento a **Dr. José Ramón Velásquez** para utilizar imágenes fotográficas y/o de video de mis cirugías con fines publicitarios en su sitio web y redes sociales.

Entiendo y acepto que:

1. Mis imágenes serán utilizadas con el propósito de mostrar casos exitosos y promover los servicios de **Dr. José Ramón Velásquez**.
2. Mi privacidad será resguardada; no se revelará mi identidad ni detalles personales que puedan identificarme.
3. **Dr. José Ramón Velásquez** tiene el derecho exclusivo de utilizar y distribuir estas imágenes con fines publicitarios.
4. Si otras empresas o personas usan mis imágenes de manera indebida, **Dr. José Ramón Velásquez** está autorizada a ejercer acciones legales para proteger mis derechos y su propiedad intelectual.

Este consentimiento es válido de manera indefinida a menos que yo lo revoque por escrito. Entiendo que no recibiré compensación por el uso de mis imágenes.

Firma: _____

Fecha: _____