

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LA RENUNCIA A REGISTRO ICONOGRAFICO**

NOMBRE DEL PACIENTE.....

RUT..... **EDAD**.....

FECHA NACIMIENTO.....

“Yo,no autorizo que se me tomen fotografías de ningún tipo, para iniciar el tratamiento de, en conocimiento que esto no permitirá tener un registro y control objetivo de los avances del tratamiento. Con esto renuncio a posteriores reclamos por la no conformidad de los resultados del tratamiento”.

FIRMA DEL REPRESENTANTE:.....

FIRMADO EN SANTIAGO, A LOS..... **DIAS DEL MES DE**..... **AÑO**.....