

## **Documento de autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías clínicas y videos y de propiedad intelectual otorgado a Doctor Julián Espinosa y a Clínica de Ojos S.M.B.**

Yo \_\_\_\_\_, con identificación cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, mayor de edad, en mi calidad de persona natural, por medio del presente documento otorgo autorización expresa del uso de los derechos de imagen que me reconocen la Constitución y la Ley y demás normas concordantes al Doctor Julián Espinosa y a Clínica de Ojos S.M.B. La autorización se registrará por las normas legales aplicables y en particular por las siguientes:

### **CLÁUSULAS**

Primera - objeto: Mediante el presente instrumento autorizo al Doctor Julián Espinosa y a Clínica de Ojos S.M.B. para obtener imágenes, fotografías clínicas y/o videos de mi caso clínico, procedimiento quirúrgico, preoperatorio, postoperatorio y evolución y para que haga uso y tratamiento de mis derechos de imagen; así como de los derechos de autor; los derechos conexos y en general todos aquellos derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con la imagen.

Parágrafo primero: Me informaron, entiendo y acepto que dichas fotografías y videos son un documento que hace parte de la historia clínica y son una ayuda diagnóstica complementaria para los especialistas.

Segunda - alcance de la autorización: La presente autorización de uso se otorga para ser utilizada en formato o soporte material en ediciones impresas, y se extiende a la utilización en medio electrónico, reuniones académicas, medio óptico, magnético, en redes (intranet e internet), mensajes de datos o similares y en general para cualquier medio o soporte conocido o por conocer en el futuro. La publicación podrá efectuarse de manera directa o a través de un tercero que se designe para tal fin. No se publicarán los datos de identificación, nombre y/o documento.

Tercera - territorio y exclusividad: Los derechos aquí autorizados se dan sin limitación geográfica o territorial alguna. De igual forma, la autorización aquí establecida no implicará exclusividad, por lo que me reservo el derecho de otorgar autorizaciones de uso similares en los mismos términos en favor de terceros.

Cuarta - Derechos morales: El Doctor Julián Espinosa y Clínica de Ojos S.M.B. darán cumplimiento a la normatividad vigente sobre los derechos morales de autor, los cuales seguirán radicados en cabeza de su titular.

Quinta - revocatoria de autorización: La presente autorización puede ser revocada, sin ninguna carga o perjuicio, a petición del paciente, siempre y cuando la revocación ocurra antes de la publicación. En tal caso deberá firmar otro documento para autorizar la obtención de las fotografías clínicas y/o videos ya que son parte de la historia clínica y ayuda diagnóstica para el especialista; y especificar las condiciones de publicación de las mismas.

Me informaron, entiendo y acepto que en estas imágenes aparece la cara del paciente y que podría, en algunos casos, ser publicada la cara del paciente y ser reconocida por terceros y que no recibiré ninguna compensación económica o pago por el uso y publicación de las imágenes obtenidas.

Para constancia de lo anterior se firma y otorga en la ciudad de Valledupar, el presente instrumento hoy: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía Número: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

---

## LLENAR SOLO EN CASO DE QUE EL PACIENTE REVOQUE ESTE CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_, con identificación cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, revoco el consentimiento prestado el día: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ con respecto a la obtención y utilización de fotografías clínicas y material videográfico. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado, sin ninguna carga o perjuicio, a petición del paciente, siempre y cuando la revocación ocurra antes de la publicación. En tal caso deberá firmar otro consentimiento informado para autorizar la obtención de las fotografías clínicas y/o videos ya que son parte de la historia clínica y ayuda diagnóstica para el especialista; y especificar las condiciones de publicación de las mismas.

Valledupar, Colombia, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Paciente  
O tutor legal

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del Médico