

AUTORIZACIÓN:

El que suscribe , DNI N° , por el presente autoriza al Dr/a. a que los datos de mi historia clínica así como la filmación, fotografías o diapositivas de las consultas médicas efectuadas sean incluidas en una base de datos científicos y utilizadas con fines de enseñanza y/o investigación y/o científicos y/o difusión de la medicina fitoterapéutica tanto dentro como fuera del país, ya sean publicaciones, libros, congresos, ateneos, etc. El Dr/a..... garantiza asimismo la reserva absoluta respecto a la identidad de la persona involucrada. Se deja constancia de que este consentimiento implica la renuncia a reclamar todo tipo de eventual compensación, pago, indemnización o suma de dinero por cualquier concepto derivado de la utilización de los datos de las historias clínicas y/o las imágenes, como de eventuales daños.

En señal de conformidad suscribo el presente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.....de.....de 20.....

Firma del paciente