

**Para el paciente**

**DENTISTA (Nombre y dirección)**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

Yo **…………………………………………..** estoy de acuerdo y autorizo a mi Dentista (identificado anteriormente) a proporcionar los registros relativos a mi diagnóstico, proceso de tratamiento y cuidados (incluyendo los procedimientos quirúrgicos) para que la Foundation for Oral Rehabilitation ("FOR") los incluya en su base de datos.

Los registros están en tres amplios formatos (en conjunto los "Registros"):

* **Formato por escrito**. Descripción y explicación por escrito de las condiciones médicas pertinentes a mi tratamiento dental, los tratamientos que se hayan seguido, incluido el material utilizado;
* **Soporte fotográfico.** Fotografías del “antes” y el “después” de mi dentadura y retratos totales o parciales de la cara donde se muestran mis dientes en las etapas previas y posteriores al tratamiento; y
* **Grabación de vídeo.** Secuencias de vídeo en formato de entrevista y/o documental.

También estoy de acuerdo y autorizo a FOR a:

* utilizar los Registros para los propósitos que he aceptado más adelante (los "Propósitos aceptados"); y
* compartir los Registros con otros individuos u organizaciones cuando sea necesario para cumplimentar un Propósito aceptado.

**Marca las casillas siguientes si estás de acuerdo de que tus Registros puedan ser utilizados para ese propósito.**

**PROPÓSITOS DE FORMACIÓN Y DE INVESTIGACIÓN (en los que no se me identificará por mi nombre)** incluyendo:

* como un caso de estudio (impreso o digital) para formar a la comunidad dental
* publicación (impresa o digital) como un caso de estudio en literatura dental y científica relevante
* para propósitos de investigación de la comunidad dental
* como un caso de estudio (impreso o digital) para mostrar a pacientes potenciales el proceso de tratamiento

 **PROPÓSITOS DE COMUNICACIÓN (dónde se podría utilizar mi nombre de pila o el alias indicado más adelante) para promocionar FOR como una herramienta de formación para la comunidad dental** incluyendo:

* en página(s) web de odontología
* en redes sociales
* en canales digitales dirigidos a la comunidad dental
* en revisas especializadas en odontología (impresas o digitales)
* en materiales para conferencias de odontología

**También estoy de acuerdo en que FOR pueda:**

* retocar y modificar de cualquier otra forma fotografías, imágenes y vídeos (en conjunto "Imágenes") contenidas en los Registros (conforme a la práctica de comercio justo para el uso de imágenes); y
* realizar un número de copias ilimitado de tales Imágenes y que las copias puedan relacionarse con la totalidad o con parte de tales imágenes

**Comprendo que:**

* FOR mantendrá los derechos de publicación de esas Imágenes;
* FOR procesará mi información personal de acuerdo con su política de privacidad, a la que se puede acceder en [www.for.org/en/privacy-policy](http://www.for.org/en/privacy-policy)
* En la medida permitida por la ley aplicable, tengo el derecho a acceder a mi información personal, así como solicitar su modificación o eliminación y obtener copias de la misma;
* FOR utilizará los controles técnicos y organizativos apropiados para mantener los Registros seguros;
* en la utilización de los Registros para un Propósito acordado, FOR puede transferir mi información personal fuera de mi país de residencia, a un lugar donde la legislación sobre protección de datos puede ser distinta;
* si tengo preguntas sobre cómo FOR gestiona mi información personal puedo contactar con privacy@for.org para asistencia;
* no se me abonarán derechos, honorarios o cualquier otra compensación por la utilización de los Registros o las Imágenes; y
* Puedo revocar esta autorización enviando un correo electrónico a privacy@for.org pero la revocación no afectará a ninguna de las acciones tomadas antes de la fecha de revocación.

En la medida que lo permite la ley aplicable, me comprometo a no acusar, iniciar procedimientos, reclamaciones o demandas contra FOR ni contra sus licenciatarios o cesionarios en relación con cualquier uso de mis Registros o las Imágenes para un Propósito acordado.

He leído con atención este formulario de autorización y comprendo todo su significado.

|  |
| --- |
| **Firma del paciente (o padre/madre o tutor)** |
| **Relación con el paciente (si procede)** |
| **Fecha** |
| **Alias** |

**Se debe proporcionar una copia de esta Autorización a la persona que ha firmado este formulario**.