

Autorización de Fotografía, Video y Uso con Fines de Marketing

Steve Truman DDS Inc — D Street Dental, San Rafael, California

NOTA DE PRODUCCIÓN / COMPOSICIÓN TIPOGRÁFICA (no eliminar; quítela solo después de definir el diseño). Conforme a la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (CMIA, Civil Code § 56.11(b)), esta autorización debe imprimirse en **letra de al menos 14 puntos** y debe **aparecer por separado de cualquier otro lenguaje (texto) en la página**. Cuando este formulario se maquete como PDF o pieza impresa: (1) componga el cuerpo del texto, el bloque de la CMIA (Sección 9) y todos los bloques de firma (Secciones 11 y 12) en **fuentes de 14 puntos o mayor**; (2) mantenga esta autorización visualmente separada de cualquier otro formulario de admisión o consentimiento — no la combine con documentación no relacionada en la misma página; y (3) confirme que cada marcador de posición **[ENTRE CORCHETES]**, incluida la duración predeterminada de la Sección 8, esté completado antes de usar el formulario.

Este formulario le permite decidir si D Street Dental puede tomar fotos, video o audio de usted y usarlos para ayudar a otras personas a conocer nuestro consultorio. Léalo con atención. Puede hacernos cualquier pregunta antes de firmar.

Esta es una **autorización de marketing de HIPAA** conforme a 45 CFR § 164.508, un **consentimiento de derecho de imagen de California** conforme a California Civil Code § 3344, una **autorización conforme a la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (CMIA)** según California Civil Code § 56.11, y un **consentimiento para grabación de audio** conforme a California Penal Code § 632.

1. Información del Paciente

- Nombre del paciente (escriba en letra de imprenta): [_____]
- Fecha de nacimiento: [_____]
- Teléfono del paciente: [_____]
- Correo electrónico del paciente: [_____]

2. A Qué Está Dando su Consentimiento

La información cuyo uso y divulgación se autoriza es: imágenes fotográficas, de video y de audio de usted — **su fotografía, su voz y su imagen** — incluidas **imágenes del interior de la boca**

(intraorales) y fotos clínicas de antes y después tomadas durante su atención en D Street Dental, junto con **cualquier nombre de pila que nos permita usar** en la Sección 3. Estas imágenes forman parte de su información médica.

Al firmar este formulario, usted da permiso para:

- **Fotografiarlo/a**
- **Grabarlo/a en video**
- **Grabarlo/a en audio** (su voz)

Esto incluye su **imagen** en cualquier forma, como una imagen reconocible, una silueta o un montaje.

Quiénes pueden usar y divulgar estas imágenes, y quiénes pueden recibirlas:

- **Las personas autorizadas para usar y divulgar** estas imágenes son **D Street Dental y Steve Truman DDS Inc**, y las personas con las que trabajamos para hacerlo (como nuestro personal, fotógrafos, equipo web y socios de marketing).
- **Las personas o categorías de personas autorizadas para recibir** estas imágenes son los **operadores y usuarios de las plataformas que usted marque en la Sección 3** (por ejemplo, Instagram, Facebook, TikTok, YouTube, Google, Yelp y Healthgrades) y — **dado que se trata de canales públicos de marketing — el público en general**. Usted entiende que, una vez que una imagen se publica en un canal público, la audiencia es ilimitada y no se puede restringir.

Podemos editar ligeramente estas imágenes y grabaciones (por ejemplo, recortarlas, ajustar el color o agregar nuestro logotipo) sin alterar su significado veraz.

3. Cómo Podemos Usar sus Imágenes (Elija lo que Permite)

Por favor, marque cada uso con el que esté de acuerdo. Puede marcar algunos, todos o ninguno. Solo usaremos sus imágenes en las formas que marque a continuación.

- ☐ El **sitio web** de nuestro consultorio
- ☐ Nuestras cuentas de **redes sociales** (como Instagram, Facebook, TikTok, YouTube)
- ☐ **Publicidad en línea** (como anuncios en Google o en redes sociales)
- ☐ **Folletos impresos, volantes, correos directos y anuncios impresos**
- ☐ **Capacitación interna** y educación para nuestro equipo
- ☐ **Galerías de antes y después** (en nuestra oficina, en nuestro sitio web o en línea)
- ☐ **Sitios externos de reseñas y directorios** (como Google, Yelp o Healthgrades)
- ☐ **Otro (describa, por favor):** [_____]

Usaremos sus imágenes **únicamente** para los usos específicos que marque arriba. Cualquier uso que no esté marcado aquí no está autorizado.

También puede permitirnos usar **solo su nombre de pila** junto con su imagen:

- ☐ Sí, pueden usar mi nombre de pila con mi imagen
 - ☐ No, por favor mantengan mi imagen anónima
-

4. Sin Pago y Renuncia al Reclamo de Derecho de Imagen

Usted entiende que **no recibirá pago** y que **no recibirá compensación** de ningún tipo por el uso de sus fotos, video o audio. Otorga este permiso de forma libre.

También entiende que el California Civil Code § 3344 protege el uso comercial del nombre, la voz, la firma, la fotografía y la imagen de una persona. **Para los usos que ha autorizado arriba, usted renuncia consciente y voluntariamente a todo reclamo de compensación o daños conforme al California Civil Code § 3344 o a la legislación relacionada sobre el derecho de imagen.**

5. Esta Es su Decisión

Firmar este formulario es **completamente opcional**. Su decisión es voluntaria.

Su tratamiento dental, sus citas y lo que paga NO cambiarán de ninguna manera según si firma o no este formulario. Si decide no firmar, recibirá la misma atención. El tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para beneficios **no** están condicionados a la firma de este formulario.

6. Su Derecho a Cambiar de Opinión (Revocación)

Puede **cancelar (revocar) este permiso en cualquier momento** enviando una solicitud por escrito a:

Dr. Steve Truman, Oficial de Privacidad D Street Dental **1099 D Street, San Rafael, CA 94901** Teléfono: **(510) 883-3011** | Correo electrónico: **stevetrumandds@dstreetdental.com**

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Su cancelación entra en vigor **únicamente hacia el futuro (de forma prospectiva)** a partir de la fecha en que la recibamos.
- Su cancelación **no se aplica en la medida en que D Street Dental ya haya actuado con base en esta autorización** antes de recibir su solicitud por escrito.
- Una vez que las imágenes ya se han **impreso, distribuido, publicado o compartido, no podemos recuperar, retirar ni eliminar** esas imágenes.
- **No podemos controlar ni eliminar** las imágenes que otras personas o sitios web ya hayan copiado o vuelto a compartir.

- La cancelación no anula ningún uso que se haya permitido antes de que recibiéramos su solicitud por escrito.

7. El Internet Es para Siempre (Lea, por Favor)

Usted entiende que, una vez que una imagen se publica en línea:

- Puede ser **copiada, guardada, capturada en pantalla y vuelta a compartir por otras personas de manera indefinida.**
- Puede aparecer en lugares **fuera del control de D Street Dental.**
- Incluso después de que eliminemos una imagen de nuestras propias páginas, **es posible que aún existan copias en otros lugares de internet** y no podemos garantizar que alguna vez se eliminen.

Iniciales del paciente que confirman que ha leído y acepta esta sección: []

8. Cuánto Tiempo Dura Este Permiso (Duración / Vencimiento)

Esta autorización permanece en vigor hasta **[elija una opción]:**

- [] **[número]** años a partir de la fecha en que firme abajo
- [] Una fecha específica: []
- [] Hasta que la revoque por escrito (sin fecha de vencimiento fija)

Si no elige una opción, esta autorización vencerá **cinco (5) años a partir de la fecha en que firme abajo**, a menos que la revoque antes. **Todas las duraciones se cuentan a partir de la fecha de firma de la Sección 10 (o de la Sección 11 si se trata de un menor), no a partir de la fecha de la versión del formulario.**

9. Autorización conforme a la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (CMIA)

(Esta sección debe componerse en letra de al menos 14 puntos y mantenerse visualmente separada de otros formularios — consulte la Nota de Producción al inicio.)

Sus imágenes intraorales y clínicas de antes y después son **información médica** protegida por la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (Civil Code §§ 56 et seq.). La ley de California exige su permiso específico y por separado antes de que esta información médica pueda usarse o divulgarse con fines de marketing.

Al firmar este formulario, usted autoriza específicamente a D Street Dental y a Steve Truman DDS Inc a usar y divulgar las imágenes de información médica descritas en la Sección 2 para los

usos específicos de marketing y educación que marcó en la Sección 3. Esta autorización es:

- **Específica** para las imágenes y los usos descritos en las Secciones 2 y 3;
- **Voluntaria**, y no es una condición para su tratamiento o pago;
- **Revocable** por escrito según se describe en la Sección 6;
- **Limitada** a la duración que eligió en la Sección 8.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

10. Aviso de Redivulgación (HIPAA)

Una vez que su información se comparta con base en esta autorización, es posible que ya no esté protegida por la regla federal de privacidad de HIPAA y que la persona o la empresa que la reciba pueda volver a compartirla. El tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para beneficios **no** están condicionados a la firma de este formulario.

11. Grabación de Audio — Consentimiento de Dos Partes en California (Penal Code § 632)

La ley de California generalmente exige el consentimiento de **todas las partes** antes de que pueda grabarse una conversación confidencial.

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para la grabación de audio de sus comunicaciones en D Street Dental, y renuncia a todo reclamo conforme al California Penal Code § 632 (la ley de California sobre consentimiento de dos partes / de todas las partes) respecto de las grabaciones aquí autorizadas. Usted entiende que este consentimiento se aplica únicamente a las grabaciones realizadas para los usos de marketing y educación que marcó en la Sección 3.

12. Firmas

He leído y entendido este formulario. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Acepto voluntariamente lo que he marcado arriba. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Paciente (o Representante Personal):

- Firma: [_____]
- Nombre en letra de imprenta: [_____]
- Fecha de la firma (esta es la fecha de vigencia que rige la duración en la Sección 8): [_____]

Si lo firma un representante personal (que no sea el paciente):

- Relación con el paciente: [_____]
- Autoridad para firmar (por ejemplo, poder notarial, curador legal (conservador)): [_____]

Nota para representantes personales: La autoridad sobre el tratamiento médico de un paciente no incluye automáticamente la autoridad sobre el uso comercial o de marketing de su imagen. Quien firma confirma que su autoridad se extiende a autorizar los usos de marketing de este formulario. (Personal: verifíquelo en la Sección 14.)

13. Padre / Tutor Legal (Obligatorio si el Paciente Es Menor de Edad)

Si el paciente es **menor de 18 años**, un padre o tutor legal debe firmar abajo.

Advertencia importante (lea, por favor): D Street Dental prefiere firmemente **no** usar imágenes identificables de menores en el marketing público. Siempre que sea posible, usaremos únicamente imágenes anonimizadas (por ejemplo, imágenes intraorales o clínicas que no identifiquen al niño) o nos abstendremos por completo de usar públicamente la imagen de un menor. En situaciones de custodia o de toma de decisiones compartida, **es posible que ambos padres o tutores legales deban firmar**, y el personal debe confirmar quién tiene la autoridad para dar el consentimiento (consulte la Sección 14).

- Nombre del paciente menor (en letra de imprenta): [_____]
- Fecha de nacimiento del menor: [_____]

Padre / Tutor Legal:

- Firma: [_____]
- Nombre en letra de imprenta: [_____]
- Relación con el menor: [_____]
- Fecha de la firma: [_____]

Segundo Padre / Tutor Legal (si se requiere — por ejemplo, custodia compartida):

- Firma: [_____]
- Nombre en letra de imprenta: [_____]
- Relación con el menor: [_____]
- Fecha de la firma: [_____]

Asentimiento del propio menor (cuando sea apropiado para su edad): Si el menor tiene la edad suficiente para comprender, lo invitamos a firmar para mostrar que está de acuerdo.

- Firma del menor: [_____]
- Fecha: [_____]

14. Solo para Uso del Consultorio

- Recibido por (nombre del personal): [_____]
 - Fecha de recepción: [_____]
 - Se ofreció al paciente una copia del formulario firmado: - ☐ Sí - ☐ Rechazada
 - Si lo firmó un representante personal — autoridad verificada para extenderse al uso de **marketing** (no solo al tratamiento): - ☐ Sí - ☐ N/C
 - Si el paciente es menor de edad — se confirmó que quien(es) firma(n) tiene(n) autoridad para dar el consentimiento; se obtuvo la firma del segundo tutor si la situación de custodia lo requería: - ☐ Sí - ☐ N/C
 - Fecha de vigencia de esta autorización (= fecha de la firma): [_____]
-

D Street Dental — Steve Truman DDS Inc · 1099 D Street, San Rafael, CA 94901 · (510) 883-3011

¿Tiene preguntas sobre sus derechos de privacidad? Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad, Dr. Steve Truman, al (510) 883-3011 o por stevetrumandds@dstreetdental.com. Versión del formulario: 26 de junio de 2026 · La fecha de vigencia de cualquier autorización firmada es la fecha de la firma del paciente, no la fecha de la versión de este formulario.