SARMIDENT PLUS

Autorización de uso de imagen: fotografías, videos y testimonios

SARMIDENT PLUS S.A.S. · NIT 901.788.747-3 · Calle 127 # 13A-54, of. 403 y 404, Bogotá · Formato GD-02 · Versión 1

Ciudad y fecha: Bogotá D.C., _____ de _____ de 20____

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos			
Tipo de documento		**Número**	
Celular / WhatsApp		**Correo electrónico**	

2. REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

Nombres y apellidos			
Tipo de documento		**Número**	
Parentesco		**Celular / WhatsApp**	

3. OBJETO DE LA AUTORIZACIÓN

Autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a **SARMIDENT PLUS S.A.S.** (NIT 901.788.747-3), para captar, editar, reproducir y publicar fotografías, videos y testimonios en los que aparezco o aparece el paciente que represento, únicamente con los alcances que marco a continuación. Esta autorización es adicional y separada de la autorización de tratamiento de datos para la atención clínica.

Material autorizado (marque todos los que apliquen):

- ☐ Fotografías clínicas de antes y después
- ☐ Videos del tratamiento o del proceso
- ☐ Testimonio escrito o reseña
- ☐ Fotografías durante la consulta o en la clínica
- ☐ Testimonio en video o audio
- ☐ Radiografías, escaneos o modelos 3D sin datos que me identifiquen

Qué se puede mostrar (marque una opción):

- ☐ Solo dientes y sonrisa, sin mostrar el rostro completo
- ☐ Rostro completo

Medios autorizados (marque todos los que apliquen):

- ☐ Redes sociales de Sarmident Plus (Instagram, Facebook, TikTok)
- ☐ Anuncios pagados en redes sociales o internet
- ☐ Presentaciones académicas, congresos y publicaciones científicas
- ☐ Sitio web www.sarmidentplus.com
- ☐ Material impreso y pantallas dentro de la clínica
- ☐ Ningún medio (no autorizo el uso de mi imagen)

	SÍ	NO
Autorizo que se mencione mi nombre de pila junto a las imágenes o el testimonio.	☐	☐

4. CONDICIONES

- Esta autorización es **gratuita**: no genera pago, descuento ni compensación de ningún tipo, y negarse no afecta la atención odontológica.
- Sarmident Plus usará las imágenes con respeto, sin alterar el resultado clínico y sin asociarlas a mensajes que afecten mi dignidad o buen nombre. No publicará datos de salud distintos a los visibles en las imágenes ni mi número de documento, dirección o teléfono.
- La autorización estará vigente hasta que yo la revoque. Puedo revocarla en cualquier momento escribiendo a lrsarmiento@gmail.com o al WhatsApp 302 526 3025.
- Desde la revocatoria, la clínica no hará nuevas publicaciones con mi imagen y retirará, en un plazo máximo de 15 días hábiles, las publicaciones que estén bajo su control. Entiendo que la clínica no puede controlar copias o capturas que terceros hayan hecho antes del retiro.
- Las fotografías clínicas tomadas para el tratamiento seguirán haciendo parte de mi historia clínica, aunque revoque esta autorización.
- El tratamiento de mi imagen se rige por la Ley 1581 de 2012 y la Política de Tratamiento de Datos Personales disponible en www.sarmidentplus.com/politica-tratamiento-datos.

5. MENORES DE EDAD

Si el paciente es menor de edad, firma su representante legal, quien declara que escuchó la opinión del menor y que la publicación respeta su interés superior. Para menores, Sarmident Plus recomienda autorizar solo imágenes de dientes y sonrisa, sin rostro completo.

6. FIRMAS

_____	_____
Firma del paciente	**Firma del representante legal (si aplica)**
Nombre: _____	Nombre: _____
Documento: _____	Documento: _____

Espacio para uso de la clínica · Recibido por: _____ Fecha de registro: _____