



**PERMISO PARA FOTOGRAFIAS  
CON PROPOSITO DIDÁCTICO,  
ACADEMICO O DE TRATAMIENTO**

**KARIM BENÍTEZ-MARCHAND, M.D.  
CIRUJANO PLÁSTICO**

T: 620.4070, 620.4071  
F: 620.4072

MARAMAR PLAZA • SUITE 805  
#101 SAN PATRICIO AVE  
SAN JUAN, PR 00969

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al Dr. Karim Benítez-Marchand y a sus asociados a tomar fotografías de cualquier parte del cuerpo que quiero sea evaluada o tratada por *State of The Art Plastic Surgery*, ya sea antes, durante o después del tratamiento o cirugía; cuantas veces el Doctor crea que sea necesario para documentar una condición o para ayudar a planear un tratamiento y/o documentar el seguimiento. Las fotografías serán utilizadas con fines de tratamiento o académicos solamente y pueden ser utilizadas en presentaciones, libros o revistas académicas. Finalmente, doy permiso de uso de cualquier componente de mi record médico incluyendo ilustraciones, fotografías u otras imágenes creadas en mi caso, para uso en exámenes, pruebas, credenciales y/o propósitos de certificación por *The American Board of Plastic Surgery, Inc.* Mi identidad será tratada confidencialmente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA USO DE FOTOGRAFIAS EN LA PAGINA DEL INTERNET – “WEBSITE”**

**SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_ autorizo al Dr. Karim Benítez-Marchand a utilizar las fotos tomadas para evaluar mi caso (antes y después) en la página de Internet de *State of The Art Plastic Surgery* – [www.doctorkbm.com](http://www.doctorkbm.com). Las fotografías serán utilizadas con fines de referencia informativos y/o académicos solamente. Mi identidad será tratada confidencialmente. Si se utiliza el programa de simulación de 3D es importante que entienda que no garantiza el resultado final.

**CONSENT FOR PHOTOGRAPHS FOR TEACHING, ACADEMIC OR TREATMENT PURPOSES**

I, \_\_\_\_\_ authorize Dr. Karim Benítez-Marchand and his staff to take photographs of any part of my body that will be treated and/or evaluated by *State of The Art Plastic Surgery* before, during or after treatment or surgery, as many times as the Doctor considers necessary to document a condition and/or to aid in treatment planning and post operative follow up. The photographs will be used for academic and treatment purposes only, and may appear in presentations, books or articles of academic nature. Finally, I hereby grant permission for the use of any of my medical records including illustrations, photographs or other imaging records created in my case, for use in examination, testing, credentialing and/or certifying purposes by *The American Board of Plastic Surgery, Inc.* My identity will be kept strictly confidential.

Patient's Signature: \_\_\_\_\_

Witness Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**CONSENT FOR PHOTOGRAPH USAGE ON THE INTERNET PAGE – “WEBSITE”**

**YES** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_ I authorize Dr. Karim Benítez-Marchand to use photographs taken to evaluate my case (before and after) in the internet page (website) of *State of The Art Plastic Surgery* – [www.doctorkbm.com](http://www.doctorkbm.com). The photographs will be used as information reference and/or academic purposes only. My identity will be kept strictly confidential. If 3D simulation program is used It does not mean a final result satisfaction guarantee.