



**Laszlo Ledenyi, DDS**  
Diplomate, American Board of  
Pediatric Dentistry

~ Downtown Clayton ~

### Consentimiento para el uso de imágenes

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en que Laszlo Ledenyi, DDS, PA / Clayton Pediatric Dentistry puede usar

Las imágenes, representaciones, palabras o imágenes de mi / mi hijo en materiales educativos y / o promocionales. Estos materiales pueden incluir, entre otros,

- fotos educativas / promocionales, video, entrenamiento y materiales educativos
- Internet / sitios de web
- folletos de la práctica, camisetas, pantallas.

Entiendo que

- No seré compensado financieramente o de ninguna otra manera por el uso de la semejanza de mi / mi niño.
- No se utilizará el apellido de mi / mi hijo (a) sin mi permiso.
- Siempre que sea posible, la identidad de mi / de mi niño será oscurecida en estas imágenes.

Por mi firma a continuación, confirmo que

- El Dr. Laszlo Ledenyi, DDS o su representante me ha explicado la forma en que se utilizará la imagen de mi / mi hijo (s).
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este uso.
- Todas mis preguntas han sido contestadas y
- Yo autorizo y consiento el uso de la imagen de mi / mi hijo (s) de la manera indicada arriba. La revocación del consentimiento debe ser por escrito y se aplica a partir de la fecha recibida.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación

170204