Hola,      , soy      , y me gustaría contarte algo importante de forma sencilla.

A veces, tomamos fotos o videos durante tu tratamiento dental. Estas imágenes pueden ayudarnos a enseñar a otros dentistas o a explicar a más personas cómo cuidamos los dientes. Siempre vamos a pedir permiso antes de hacerlo, y por eso queremos saber si estás de acuerdo.

En esta oportunidad queremos usar los datos de tu tratamiento y las imágenes para enseñar a otros doctores en nuestro congreso y revista científica. Esto es para que ellos aprendan más y puedan ayudar a otros niños como tú.

Siempre cuidaremos tu privacidad, no usaremos nada que pueda hacer que otros sepan que eres tú.

¿Te parece bien?

Si dices que sí, por favor, firma aquí abajo. Recuerda que si no quieres, está bien. No cambia nada en cómo te vamos a cuidar los dientes. También, si más adelante cambias de opinión, puedes decirnos que ya no quieres que usemos las fotos.

Tú eres muy importante para nosotros, y por eso queremos contarte todo con claridad. Gracias por ayudarnos a enseñar a otros y por confiar en nosotros.

NOMBRE DEL PACIENTE :      DNI      FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE/ODONTOPEDIATRA:       DNI       FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCENTE RESPONSABLE (cuando aplique):       DNI      FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIUDAD/PAÍS:       FECHA: