

# TÉRMINOS DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

Paciente:

Tratamiento:

---

Yo, \_\_\_\_\_  
titular de la cédula de Identidad: \_\_\_\_\_  
domiciliada en: \_\_\_\_\_  
autorizo a MedCenter Bosques, Salud y Estética Integrativa, registrada con el R.U.T.  
76.921.571-9 y sus representantes, para utilizar mi imagen durante el período de  
años, en la difusión al público en general, siempre que no se desvirtúe su finalidad.  
Esta autorización se otorga de forma gratuita, abarcando el uso de la referida imagen en  
todo el territorio nacional y en el extranjero en sus redes sociales y sitio web.  
Por ser esta la expresión de mi voluntad, declaro que autorizo el uso descrito  
anteriormente sin que exista nada que reclamar por derechos conexos.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

---