

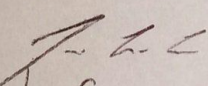
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS, FOTOGRAFÍAS E
IMÁGENES CLÍNICAS PARA REPORTE DE CASO**


CDMX, 20 Enero 2017

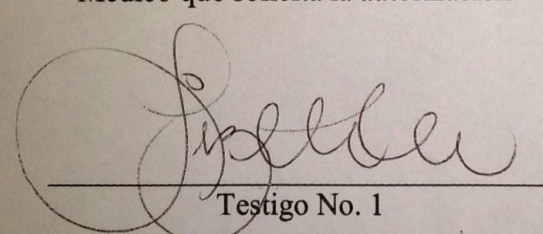
Por medio de la presente, declaro que el Doctor **José Alberto Coronado Terrazas**, ha informado a **Rosa Isela Alvarez Gomez**, sobre su intención de divulgar y hacer público el caso clínico correspondiente a **Hector Francisco Chavez Rios**

Con propósitos puramente académicos y científicos, haciendo uso de la información que de forma verídica le he referido, exámenes de laboratorio y demás estudios que él ha considerado pertinentes. Del mismo modo solicita mi permiso para tomar fotografías clínicas que serán utilizadas de manera profesional. Manifiesto que he sido informado que esta información podrá ayudar a personas que padezcan la misma condición médica, que la identidad no será revelada y que siempre se velará por que la privacidad y anonimato se mantengan en todo momento.

Por lo anterior, autorizo al Doctor **José Alberto Coronado Terrazas**, la reproducción de la información antes mencionada y el uso de las fotografías que ha tomado bajo mi autorización.


José Alberto Coronado Terrazas
Médico que solicita la autorización


Rosa Isela Alvarez Gomez
Paciente o Representante Legal


Lizeth Alvarado A.
Testigo No. 1

Eddy Alicia Madrid Dour.
Testigo No. 2