



CONSENTIMIENTO INFORMADO **AUTORIZACIÓN**

Yo _____
Nombre completo

RUT _____ usuario (a) de la Red Asistencial del

Servicio de Salud Concepción, con hijo/a nacido/a el _____ de _____
DÍA MES

del _____, autorizo a utilizar la fotografía que envió por correo
AÑO

electrónico a la casilla comitedelactancia@hospitaldecoronel.cl para

participar en la segunda versión del Concurso de Fotografía de

Lactancia Materna organizado por el Comité de Lactancia del Hospital

San José de Coronel, y a su posterior difusión a través de Medios de

Comunicación Social. Asimismo, libero al Hospital San José de Coronel

de cualquier responsabilidad frente al uso que pueda hacer el Medio de

Comunicación de la fotografía enviada.

Firma paciente

Coronel, _____
Fecha