|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Autorización para el uso de imágenes médicas e información personal

|  |  |
| --- | --- |
| Número ID del Candidato: |  |
| Número de Estudio de Caso: | Estudio de Caso 1 🞏 Estudio de Caso 2 🞏  |

Entiendo que el proveedor del servicio (EL CANDIDATO) está participando en un proceso de evaluación del suministro de servicios de sillas de ruedas, la Evaluación de Habilidades - Nivel Intermedio de la International Society of Wheelchair Professionals (ISWP) (la Sociedad Internacional de Profesionales de Sillas de Ruedas). Entiendo que como parte de la evaluación, ella/él debe enviar un ejemplo de su trabajo el cual incluye información y fotografías de los usuarios de sillas de ruedas. POR MEDIO DE LA PRESENTE autorizo que mi información y fotografías sean usadas para los fines antes mencionados. Entiendo que EL CANDIDATO enviará la información y fotografías a la ISWP, y que éstas serán vistas por los evaluadores y personal del ISWP. Entiendo que se incluirá la siguiente información personal: * Edad
* Género
* Condiciones médicas
* Función relacionada con la silla de ruedas
* Medidas corporales

Para asegurar mi privacidad, la siguiente información no será incluida:* Mi nombre
* Mi dirección
* Toda la información personal de contacto como teléfono, números de fax y direcciones de correo electrónicos

Entiendo que EL CANDIDATO ocultará mi identidad editando las imágenes para cubrir mi cara.Cualquier duda en relación al uso u obtención de éstas imágenes deberá ser dirigida a: casestudies.iswp@gmail.comAl firmar este documento, manifiesto que:* Tengo al menos 18 años de edad
* He leído o me han explicado la información antes presentada en un idioma que entiendo, y he entendido este formulario de autorización antes de firmarlo.
* Me han permitido hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Nombre (por favor escriba con letra de molde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma o huella digital (pulgar): Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Si la persona es menor de edad, incapaz de tomar decisiones propias o incapaz de comunicarse, pida al padre o tutor que proporcione la autorización:***Nombre del tutor(a) (por favor escriba con letra de molde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma o huella digital (pulgar): Fecha (día/mes/año): \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |