|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.com](mailto:casestudies.iswp@gmail.com)  Al 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): \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |