



## FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN

Ciudad de México a 19/12/25

### SERGIO EDUARDO SUAREZ DE LA CRUZ

Por la presente, yo \_\_\_\_\_, declaro que soy mayor de edad y que de conformidad con lo señalado en la Ley Federal del Derecho de Autor, autorizo a **Qp Clinic S.C.**, para usar fotografías o videgrabaciones que incluyan mi imagen y voz, en campañas, promocionales y demás material de apoyo que se consideren pertinentes para difusión y promoción de las actividades de la organización; y que se distribuyan por cualquier medio, ya sea impreso, electrónico o de otro tipo.

Asimismo, con fundamento en los artículos 86, 87 y 88 de la Ley Federal del Derecho de Autor, es mi deseo expresar que esta autorización es voluntaria y totalmente gratuita, por lo tanto, **Qp Clinic S.C.** es libre de utilizar, reproducir, transmitir, retransmitir, mostrar públicamente, crear otras obras derivadas de mi imagen en las campañas de promoción que se realice por cualquier medio, así como la fijación de la citada imagen en proyecciones, videos, gráficas, textos, filmas y todo el material suplementario de las promociones y campañas, estableciendo que se utilizará para los fines señalados. En ese sentido, autorizo el uso de mi nombre, imagen y voz y cualquier comentario que yo pudiese haber hecho mientras se grababa el video o se hacía levantamiento de mi testimonio a través de frases previamente acordadas con el equipo de **Qp Clinic S.C.** y que tal comentario/testimonio/frase puede ser editado(a) con los fines señalados.

Manifiesto que renuncio a todo derecho de inspeccionar o aprobar las secuencias de fotografía o videgrabación; expreso también que tengo conocimiento que estos datos pueden editarse, copiarse, exhibirse, publicarse y/o distribuirse, por lo que, renuncio a cualquier derecho, regalías u otra compensación resultante del uso de ellos, o relacionado con ella.

Asimismo, de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su reglamento, y considerando que se requiere mi consentimiento expreso para utilizar mi imagen y voz conforme a lo dispuesto en el artículo 87 de la Ley Federal del Derecho de Autor y demás disposiciones aplicables, por medio de la presente hago constar que autorizo a **Qp Clinic** a recabar mis datos personales con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones mencionadas. Adicionalmente, confirmo que he leído el aviso de privacidad y autorizo que mis datos personales sean utilizados para los fines descritos en dicho aviso.

Finalmente, autorizo para que mi imagen sea utilizada durante el tiempo que **Qp Clinic S.C.** considere adecuado, dicha autorización podrá ser restringida mediante un escrito dirigido a **Qp Clinic S.C.**

Celular 5538428061

Correo electrónico dr.sergiosuarez@qpclinic.mx

  
Firma de autorización