# Photos, videos and advertising consent

# الموافقة على الصور والفيديو والإعلانات

medicAI is a technology platform and is not a healthcare provider. This consent is between you and the treating doctor and facility named below, who are responsible for your care and its outcome. Consent does not remove their responsibility. This is a template: the facility may use its own form instead.

ميديك إيه آي منصة تقنية وليست جهة مقدمة للرعاية الصحية. هذه الموافقة بينك وبين الطبيب المعالج والمنشأة المذكورين أدناه، وهما المسؤولان عن رعايتك ونتائجها. ولا تعفيهما الموافقة من مسؤوليتهما. هذا نموذج استرشادي، ويجوز للمنشأة استخدام نموذجها الخاص بدلاً منه.

## Details

## البيانات

Patient full name — اسم المريض الكامل

Patient ID or file no. — رقم المريض أو الملف

Age — العمر

Gender — الجنس

Treating facility — المنشأة المعالجة

Facility licence no. (DHA, DoH or other) — رقم ترخيص المنشأة

Treating doctor or professional — الطبيب أو المختص المعالج

Licence no. — رقم الترخيص

## Part I: Information

## الجزء الأول: المعلومات

### What will be used, and where

Write what will be used (pictures, videos or statements), by whom, where it will appear and for how long.

### ما سيتم استخدامه وأين

اكتب ما سيتم استخدامه (صور أو فيديو أو أقوال) ومن سيستخدمه وأين سيظهر ولأي مدة.

### Your rights

You do not have to agree, and saying no does not affect your care. You may withdraw at any time. Content already published will be taken down as soon as reasonably possible, but copies made by others may remain online.

### حقوقك

لست ملزماً بالموافقة، ولا يؤثر الرفض على رعايتك. ويحق لك الانسحاب في أي وقت. وستتم إزالة المحتوى المنشور في أقرب وقت ممكن بشكل معقول، لكن النسخ التي صنعها آخرون قد تبقى على الإنترنت.

## Part II: Certificate of consent

## الجزء الثاني: شهادة الموافقة

**I consent voluntarily to the use of my pictures, videos or statements as written above. I understand that this has nothing to do with my treatment, and that I can withdraw at any time.**

**أوافق طوعاً على استخدام صوري أو مقاطع الفيديو أو أقوالي على النحو المكتوب أعلاه. وأفهم أن هذا لا علاقة له بعلاجي، وأن لي الحق في الانسحاب في أي وقت.**

## Patient

Full name (as on passport or Emirates ID)

الاسم الكامل (كما في جواز السفر أو الهوية)

Date and time

التاريخ والوقت

## المريض

Signature

التوقيع

## Witness or interpreter

I read this form to the person signing, or saw it read accurately. They could ask questions and gave consent freely.

Name

الاسم

Date

التاريخ

## الشاهد أو المترجم

قرأت هذا النموذج على الموقّع أو شهدت قراءته بدقة. وأتيحت له فرصة طرح الأسئلة وأعطى موافقته بحرية.

Signature

التوقيع