



California Heart
& Vascular Clinic

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR O GRABAR

Paciente: _____ Hora: _____ AM PM

Fecha de nacimiento: _____

MRN: _____

Autorizo a _____ (proveedor) a fotografiar o grabar o permitir que otras personas fotografíen o graben a _____ (paciente). Acepto que el proveedor o el médico que me está tratando pueden usar o permitir que otras personas usen los negativos o las impresiones según lo preparado con fines de tratamiento y de la manera que se considere necesaria.

Firma del paciente

Fecha

Firma del representante legalmente autorizado

Relación con el paciente

Testigo

Fecha