

SPRING HILL Pediatric Care



Yo, _____ le otorgo voluntariamente a Spring Hill Pediatric Care autorización de tomar una foto mi y/o mi hijo en el momento de mi visita únicamente con el propósito de indentificación en los registros médicos electrónicos.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a Spring Hill Pediatric Care por escrito.

También entiendo que el consentimiento para tener mi foto es voluntaria y si me niego este consentimiento, no tendrá ningún efecto sobre el cuidado y salud mi hijo / a.

Nombre de Paciente

Firma de Padre / Tutor

Fecha