

Centering®

Acuerdo de confidencialidad

La privacidad es algo que a todos nos preocupa cuando se trata de citas de atención de salud grupales.

Solamente debe compartir con otros aquella información que le acomoda compartir. Tiene derecho a esperar que todo lo que se diga acá será de carácter privado y confidencial. Junto con nuestro compromiso de resguardar su privacidad, usted también tiene la responsabilidad de respetar y proteger la privacidad de otros.

Puede compartir información útil fuera del grupo, pero los nombres o cualquier información personal de la que usted se entere o escuche sobre alguna persona integrante del grupo no deberá ser discutida con nadie.

Nombre en letra de imprenta _____

Firma _____

Fecha _____



Centering®

Formulario de autorización para fotografiar

Nombre del padre, madre o tutor _____

Dirección particular _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

PARA SER FIRMADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR

Autorizo que las fotografías, imágenes de video o grabaciones de voz mías o de mi/s hijo/as sean reproducidas, utilizadas o publicadas con el propósito de promover y documentar el modelo de **Centering**Healthcare.

No pido derechos ni hago demandas por el uso de estas imágenes o grabaciones.

Soy la persona responsable de firmar esta exención en nombre propio y de mis hijo/as. He leído y comprendo este documento vinculante.

Firma _____ Relación _____

Testigo _____ Fecha _____

