

---

*Nombre de la práctica*

# Formulario de autorización para fotografiar

---

Nombre del paciente/tutor

---

Dirección particular

---

Ciudad

---

Estado

---

Código postal

---

Número de teléfono

## **Para ser firmado por el paciente o tutor**

Doy mi autorización para que se reproduzca, use y publique mi fotografías, imagen de video o audio con el propósito de promover y documentar el modelo de Centering Healthcare. Las fotos pueden ser compartidas con el Centering Healthcare Institute para este fin.

No hago reclamaciones ni demandas sobre el uso de estas imágenes o grabaciones.

Soy la persona responsable de firmar esta renuncia en mi nombre y el de mis hijos y he leído y comprendo el presente documento vinculante.

Firma \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_