

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO  
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:  
787-426-2554

Fax:  
787-792-6299

E-Mail:  
[drlgiraldez@icloud.com](mailto:drlgiraldez@icloud.com)

Web:  
[voicecenterpr.com](http://voicecenterpr.com)

## **CENTRO ACADEMICO PARA EL DESARROLLO DE PROFESIONALES DE LA SALUD**

### **CONSENTIMIENTO CENTRO MEDICOS ACADEMICOS REGIONALES Ley Num. 136 de 2006**

El Dr. Laureano Giráldez Rodríguez es miembro activo del Departamento de Otorrinolaringología – Recinto de Ciencias Médicas Universidad de Puerto Rico y facultativo del Centro Comprensivo de Cancer de la Universidad de Puerto Rico. Con el propósito de fortalecer y desarrollar los programas para la educación de los profesionales de la salud, la investigación clínica y médica en Puerto Rico, múltiples de nuestros médicos son miembros activos con nombramiento de la Escuela de Medicina del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Además, el CCCUPR apoya el desarrollo de otros profesionales de la salud mediante acuerdos colaborativos con entidades académicas reconocidas y acreditadas.

Al recibir servicios en el HCCCUPR , HOSPITAL AUXILIO MUTUO, HOSPITAL AUXILIO SAN PABLO y el CENTRO DE VOZ y TRAGADO de PUERTO RICO, libre y voluntariamente consiento a ser partícipe del programa de educación médica graduada del Centro Médico Académico Regional Norte conforme y sujeto a las disposiciones de la Ley de Centros Médicos Académicos Regionales de Puerto Rico, Ley Núm. 136 de 27 de julio de 2006, así como de otros programas académicos, y autoriza a que médicos residentes, internos, otros aliados de la salud en adiestramiento a que participen en su tratamiento y procedimientos.

A fin de promover el aprendizaje médico y científico, además libre y voluntariamente presto mi consentimiento para que se tomen fotografías y/o se

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO  
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:  
787-426-2554

Fax:  
787-792-6299

E-Mail:  
[drIgiraldes@icloud.com](mailto:drIgiraldes@icloud.com)

Web:  
voicecenterpr.com

filmen las operaciones o los procedimientos, en los cuales pueden quedar expuestas partes de mi cuerpo, bajo la condición de que no se revele mi identidad. A fin de promover la formación médica, doy mi permiso para que los médicos, enfermeros, estudiantes de medicina, residentes de los primeros y de los últimos años, y otras personas en niveles avanzados de formación médica que estén participando en un proceso de formación aprobado por el Centro Médico Académico Regional Norte, estén igualmente presentes durante las operaciones o los procedimientos y participen de los mismos.

Yo, \_\_\_\_\_ como paciente consiente a ser admitido bajo el programa de educación médica graduada del Centro Médico Académico Región Área Metro y Noreste y autoriza que médicos residentes, internos, otros aliados de la salud en adiestramiento, participen en su tratamiento y procedimientos.

**He leído este documento detenidamente y lo entiendo en su totalidad y acepto el tratamiento bajo la ley de CMAR**

**Firmado hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en Guaynabo, Puerto Rico**

Nombre

Firma

**HOSPITAL CCCUPR AS AN ACADEMIC CENTER FOR THE DEVELOPMENT OF HEALTHCARE PROFESSIONALS**

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO  
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:  
787-426-2554

Fax:  
787-792-6299

E-Mail:  
[drlgiraldez@icloud.com](mailto:drlgiraldez@icloud.com)

Web:  
voicecenterpr.com

## CONSENT FOR REGIONAL ACADEMIC MEDICAL CENTERS – Law No. 136 of 2006

**Dr. Laureano Giráldez Rodríguez** is an active member of the **Department of Otolaryngology – University of Puerto Rico Medical Sciences Campus** and a faculty member at the **Comprehensive Cancer Center of the University of Puerto Rico (CCCUPR)**.

To strengthen and develop programs for the **education of healthcare professionals**, as well as **clinical and medical research in Puerto Rico**, many of our physicians hold **active faculty appointments** at the **School of Medicine of the University of Puerto Rico Medical Sciences Campus**. Additionally, **CCCUPR** supports the development of other healthcare professionals through collaborative agreements with recognized and accredited academic institutions.

By receiving services at **HCCUPR, HOSPITAL AUXILIO MUTUO, HOSPITAL AUXILIO SAN PABLO, and the VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO**, I freely and voluntarily **consent to participate in the Graduate Medical Education Program** at the **Regional Academic Medical Center – North**, in accordance with and subject to the provisions of **Puerto Rico's Regional Academic Medical Centers Act, Law No. 136 of July 27, 2006**, as well as other academic programs. I also **authorize** medical residents, interns, and other healthcare professionals in training **to participate in my treatment and procedures**.

To promote **medical and scientific learning**, I also freely and voluntarily **give my consent for photographs and/or video recordings** to be taken during surgeries or procedures, which may expose parts of my body, **under the condition that my identity remains confidential**. Additionally, to support medical education, I **permit physicians, nurses, medical students, first- and last-year residents, and other advanced-level medical trainees** who are participating in a **training program approved by the Regional Academic Medical Center – North** to be **present during surgeries or procedures and participate in them**.

THE VOICE AND SWALLOWING CENTER OF PUERTO RICO  
CENTRO DE VOZ Y TRAGADO DE PUERTO RICO



Phone:  
787-426-2554

Fax:  
787-792-6299

E-Mail:  
[drIgiralde@icloud.com](mailto:drIgiralde@icloud.com)

Web:  
voicecenterpr.com

---

I, \_\_\_\_\_, as a patient, **consent to be admitted under the Graduate Medical Education Program of the Regional Academic Medical Center – Metro and Northeast Area and authorize medical residents, interns, and other healthcare professionals in training to participate in my treatment and procedures.**

I have carefully read this document, fully understand its contents, and accept treatment under the **Regional Academic Medical Centers Act (CMAR Law).**

Signed today, \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, in **Guaynabo, Puerto Rico.**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_