

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:  
[drIgiraldez@icloud.com](mailto:drIgiraldez@icloud.com)

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

## CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFIA/IMÁGENES PARA DOCUMENTACION DE TRATAMIENTO CONSENT FOR PHOTOGRAPY/IMAGING FOR DOCUMENTATION OF TREATMENT

Yo, \_\_\_\_\_, acepto que fotografías u otras imágenes pueden ser tomadas y grabadas para documentar mi cuidado medico y ser compartidas con otros profesionales de la salud para propósitos de tratamiento.

Reconozco que el Centro de Voz y Tragado de Puerto Rico retendrá los derechos como dueño de estas fotografías y otras imágenes, pero se permitirá acceso a ver estas u obtener copias.

Entiendo que estas imágenes serán almacenadas en una forma segura que proteja mi privacidad y que serán mantenidas por el periodo de tiempo requerido por ley o establecido en la política del Centro de Voz y Tragado de Puerto Rico.

Imágenes que me identifiquen serán reveladas y/o utilizadas fuera del Centro de Voz y Tragado de Puerto Rico con mi autorización escrita únicamente o la de mi representante legal.

Con mi firma en este documento doy mi consentimiento para que fotografías u otras imágenes puedan ser tomadas para documentar mi cuidado y para otros fines relacionados a mi tratamiento medico.

I, \_\_\_\_\_, agree that photographs or other images may be taken and recorded to document my medical care and to be shared with other health professionals for treatment purposes.

I acknowledge that the Puerto Rico Voice and Swallowing Center will retain the rights to own these photographs and other images, but access to view or obtain copies will be allowed.

I understand that these images will be stored in a secure way that protects my privacy and that they will be kept for the period of time required by law or established in the policy of the Voice and Swallow Center of Puerto Rico.

Images that identify me will be revealed and / or used outside the Voice and Swallowing Center of Puerto Rico with my written authorization only or that of my legal representative.

By signing this document I give my consent so that photographs or other images can be taken to document my care and for other purposes related to my medical treatment.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora/Date and Time

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:**  
[drjgiraldez@icloud.com](mailto:drjgiraldez@icloud.com)

**Web:**  
voicecenterpr.com

Patient Signature/Legal Tutor