

# Center for Custom Prosthetics

David Trainer  
Maxillofacial Prosthetist

Jorge Franco Canales  
Maxillofacial Prosthetist/Ocularist

## **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS**

Autorizo a cualquier consultorio médico, hospital o entidad médica que me haya tratado, el abajo firmante, por todas y cada una de las condiciones médicas para que divulguen los registros médicos de:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Habla a: \_\_\_\_\_  
Teléfono Número: \_\_\_\_\_

To: Raymond E. Peters, Inc  
Center. For Custom Prosthetics  
1175 Creekside Parkway, Suite 400  
Naples, FL 34108  
Telephone 239-254-1648  
Fax: 239-766-7528

Entiendo que estos registros están protegidos por la ley federal y / o estatal, y NO pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley disponga lo contrario.  
Con mi firma a continuación, escucho, consciente y voluntariamente, autorizo a Center For Custom Prosthetics a solicitar mi información médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente / tutor / cuidador

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

## **PUBLICACIÓN FOTOGRÁFICA DEL PACIENTE**

Por la presente doy permiso a Raymond E. Peters, Inc., (DBA Center For Custom Prosthetics) para fotografiar, televisar o ilustrar de otra manera según se considere aconsejable con fines de diagnóstico, educativos o de investigación y para mejorar el registro médico. Además, autorizo el uso de dicho material de audio y video (video, audio, fotografías, películas y otros registros resultantes) con fines didácticos para ilustrar artículos científicos o conferencias en cualquier momento en el futuro sin Inspección o aprobación de mi parte del producto terminado o el uso específico al que se puede aplicar este material. Doy mi consentimiento a todos y cada uno de los procedimientos anteriores.

### **Redes sociales:**

Autoricé el uso de cualquier foto tomada por Raymond E Peters Inc, (DBA Center for Custom Prosthetics) para ser utilizada en cualquier motor de redes sociales (Facebook, Instagram, página web, ETC) para demostrar calidad, material, procedimientos, técnicas, etc. , que fueron realizadas para mí por Raymond E Peters Inc, (DBA Center for Custom Prosthetics) y su personal.

Aceptar \_\_\_\_\_ Denegar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente / tutor / cuidador

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente