



Carta de Consentimiento del paciente para fotografías

Yo _____ autorizo a South Alamo Medical Group para tomar fotografías a _____. Yo entiendo, que se guardaran en el archivo del paciente y se que usaran como documentación para propositos medicaos solamente.

Todas la fotografías se guardaran confidencialmente de la misma forma que todas los records medicaos de acuerdo a la función relacionada a la Información de la Practica Privada de la Salud (HIPPA).

Nombre de paciente Fecha de nacimiento

Nombre de guardián Firma Fecha

Downtown
740 South Alamo
S.A. Tx 78205

Pediatrics
7355 Barlite #201
S.A. Tx 78224

Southside
7355 Barlite #301
S.A Tx 78224

Southeast
4203 E. Southcross
S.A. Tx 78222

Northwest
9215 Westover Hills
S.A. Tx 78251