

Divino Niño Pediatrics, PLLC

Consentimiento para tomar una imagen a su hijo/hija

Yo doy mi consentimiento a Divino Nino Pediatrics para tomar una foto de mi hijo / hija que se mostrará en su programa de registro médico electrónico de Divino Nino Pediatrics.

Si No

Entiendo que su foto puede estar en exhibición en la clínica y / o medios sociales y que el nombre de mi hijo puede o no ser usado con su foto.

Si No

Yo doy mi consentimiento para recibir textos y correos electrónicos sobre promociones y eventos de los sitios de medios sociales de Divino Nino Pediatrics.

Si No

Yo doy mi consentimiento para recibir textos y correos electrónicos sobre promociones y eventos en nuestra organización sin fines de lucro Fundación Nino de la Caridad.

Si No

Si en algún momento, quiero que mi fotografía de mi hijo/hija sea removido de Divino Nino Programa de Registro Médico Electrónica Pediatría, reconozco que es mi responsabilidad de informar al personal de esta decisión.

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____