

Pediatric Therapy Services



304 NE Hood Ave Gresham, OR 97030

Phone: 503-666-1333

Fax: 503-666-2444

Permiso de Fotos

Photographic Release

Nombre del Paciente: *Name of Patient* _____

Yo, _____ doy permiso a Pediatric Therapy Services de tomar fotos/video el cual puede ser usado para apoyar la necesidad medica de algún equipamiento, tratamiento, o para la consulta de otros profesionales para el paciente con el nombre sobre la línea. Yo también doy permiso para el uso de la publicación de materiales educativos o de promoción. Yo renuncio a Pediatric Therapy Services de alguna responsabilidad asociada con estas fotografías/video, si solo están siendo usados para los propósitos escritos arriba.

I, _____ give permission to Pediatric Therapy Services to take photography/video which may be used to document medical necessity for equipment, for treatment, or for consultation from other professionals for the patient listed above. I also grant permission for use in the publication of educational or marketing materials. I hereby release Pediatric Therapy Services from any liability associated with these photographs/video so long as they are used for the purposes as described above.

Firma de Padre/Guardián: *Parent/Guardian Signature* _____

Fecha: *Date* _____