



Paul Walting, M.D.
Jonida Balazi, PA-C
Courtney Finnigan, PA-C

Melissa Novak, PA-C, RPSGT
Michelle Sheehan, NP
Jessica LaFleche, NP

3640 Main Street, Suite 208
Springfield, MA 01107

267 Locust St., Ste 101
Northampton, MA 01062

Office 413-253-2767 Fax 413-253-9767

Consentimiento para la grabación de video

Entiendo que la grabación de video de pacientes durante de los estudios del sueño es una práctica estándar de Sleep Medicine Services of Western Massachusetts, LLC. Las grabaciones proporcionan información diagnóstica útil y un elemento de protección tanto para pacientes como para técnicos.

Entiendo que Sleep Medicine Services of Western Massachusetts, LLC conservará los derechos de propiedad de todas las imágenes digitales producidas en sus instalaciones y las almacenará de una manera segura que protegerá mi privacidad.

Ninguna imagen que me identifique será publicada y/o utilizada para cualquier propósito fuera de la instalación sin la autorización por escrito de mí o de mi representante legal.

Por la presente doy mi consentimiento para la grabación de video de mí durante mi estudio de sueño.

Nombre

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha de grabación