

Departamento de la Salud del Comportamiento del Condado de San Bernardino
CONSENTIMIENTO PARA GRABAR Y/O FOTOGRAFIAR Y
AUTORIZACIÓN PARA SU USO Y REVELACIÓN

Nombre del/de la Cliente: _____	Fecha de Nacimiento: _____ Mes/Día/Año
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Seguro Social: _____-_____-_____

Al llenar este document está Ud. autorizando que se proporcionen, se revelen y/o se utilicen las grabaciones de sonido o fotográficas hechas de Ud. El no proporcionar toda la información solicitada podría invalidar esta Autorización.

USO Y REVELACIÓN DE GRABACIONES DE SONIDO Y/O FOTOGRAFÍAS

Por este medio convengo en que el Departamento de la Salud del Comportamiento del Condado de San Bernardino (DBH, siglas en inglés), incluyendo a la Administración de Servicios Relacionados al Alcohol y las Drogas, podrán usar fotografías y/o grabaciones de sonido de mi presentación/participación en DBH y/o en los eventos patrocinados por el Condado.

El término "fotografía" incluye la fotografía en video o fija, ya sea digital o de cualquier otra forma, así como cualquier otro medio de grabación o reproducción de imágenes.

Por este medio autorizo a _____ a que proporcione a:

(Nombre de la Instalación/Proveedor/Otro)

Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de Tel.: _____

EFEECTO

Por este medio autorizo el uso o revelación de fotografías y/o grabaciones de sonido para los siguientes efectos(describa los usos permitidos, por ej., para uso del Programa de Salud Mental y/o el Programa Contra el Alcohol y las Drogas del Departameinto de la Salud del Comportamiento (DBH, siglas en inglés); para uso de los clínicos, personal, y miembros del publico; para efectos educacionales, de tratamiento, de investigación; para las relaciones públicas; y para fines caritativos):

Consiento en ser fotografiado(a) y/o grabado(a) y autorizo el uso o revelación de dichas grabaciones de sonido o fotográficas, con el fin de colaborar en investigaciones, tratamiento, asuntos educacionales, relaciones públicas, y/o para fines caritativos. Por este medio renuncio a cualquier derecho que pudiera tener a la remuneración por concepto de dichos usos permitidos mediante la autorización que precede. Yo y mis sucesores o designados, por este medio, dejamos libres de responsabilidad a DBH, su personal, al Condado, y a cualquier otra persona que participe en mi cuidado, así como a sus sucesores y designados, con respecto a cualquier reclamo por lesión o indemnización que resulte de las actividades autorizadas por medio de este convenio.

CADUCACIÓN

Esta Autorización caduca [indique la fecha]: _____

Departamento de la Salud del Comportamiento del Condado de San Bernardino
CONSENTIMIENTO PARA GRABAR Y/O FOTOGRAFIAR Y
AUTORIZACIÓN PARA SU USO Y REVELACIÓN

MIS DERECHOS

- Puedo rehusarme a firmar esta Autorización. Ello no afectará mi derecho a recibir tratamiento.
- Puedo pedir que la filmación o grabación se interrumpa en cualquier momento.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización.
- Dentro de los límites legales, podré inspeccionar y obtener una copia de las fotografías o grabaciones de sonido cuyo uso y revelación estoy autorizando.
- Podré revocar esta autorización en cualquier momento, aunque tendré que hacerlo por escrito y presentar la revocación al siguiente domicilio: _____

Mi revocación quedará vigente al ser recibida, salvo en el caso en que alguna persona haya actuado ya en base a este Consentimiento y Autorización.

La información revelada en base a esta Autorización podría ser revelada posteriormente por parte de quien la recibiera, y esta revelación posterior, en ciertos casos, no quedará amparada por las leyes de California, y podría no quedar amparada por la ley federal de privacidad (HIPAA, siglas en inglés).

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ am pm
Firma: _____

(paciente/representante/cónyuge/parte económicamente responsable)

De firmar otra persona que no sea el/la cliente, indique su parentesco legal con dicho(a) cliente:

Testigo: _____
