

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: <u>XXX</u> - <u>XX</u> - _____

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.: _____

EFFECTO

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: _____



LANGUAGE TAGLINES

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-743-1478 (TTY: 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-743-1478 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog– Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-743-1478 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-743-1478 (TTY: 711)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-743-1478 (телетайп: 711).

فارسی (Farsi)

ی ن ابز ت ال ی هست ، دینک یم وگت فگ ی س ر اف ن ابز ه ب رگا : ت وجه
ب صورت رایگان ب رای شما
ت ماس ب گ یرید . (1-888-743-1478 (TTY: 711) ف راهم می ب ا شد . ب ا



LANGUAGE TAGLINES

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
1-888-743-1478 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿ ਰੋ, ਤਾੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧ ਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਹੈ। 1-888-743-1478 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوافر لك بالامجان. اتصل برقم 1-888-743-1478 (711 رقم هتاف الصم والبكم).

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-743-1478 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយមនុស្សភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូលទៅ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-743-1478 (TTY: 711).