

# 촬영 / 녹음 동의서

아래에 서명한 고객\* 또는 책임이 있는 성인\*\*은 다음 사항에 동의합니다:

\_\_\_\_\_ 의

시설 및/또는 프로그램 이름 또는 부서 및/또는 직원 이름

촬영 (본 동의서에서 동영상, 모든 형태의 정지 화상, 비디오테이프 또는 기타 모든 이미지 녹화 및 재생 수단을 의미함)

녹음

아래 서명인은,

1. 본 동의서로 인한 촬영/녹음 결과가 다음 목적을 위해 사용될 것에 동의합니다

학습 및 훈련 목적

고객 확인

연구조사 (정신 보건국 인간 연구 위원회(Human Subjects Committee)의 승인 필요)

간행, 홍보, 웹 페이지 및/또는 모금 활동 (MH 602 승인 필요)

회복 이야기 공유 (이야기가 공유되는 특정한 목적과 방법에 대하여 임상 기록 책임자의 MH 677 승인 필요)

2. 촬영/녹음 결과의 사용에 대한 모든 보상 권리를 포기합니다;

3. 본 동의서에 의해 승인된 활동에서 초래되는 모든 손해 또는 보상 청구와 관련하여 정신 보건국에게 책임을 묻지 않습니다.

고객\*의 서명

날짜

책임이 있는 성인\*\*

고객과의 관계

날짜

증인/통역자\*\*\*의 서명

날짜

본 동의서는 고객 및/또는 책임이 있는 성인을 위해 \_\_\_\_\_ 으로 통역되었음.

고객 및/또는 책임이 있는 성인이 이 동의서의 번역본에 서명한 경우, 해당 번역본이 영어 문서에 첨부되어야 함.

\_\_\_\_\_(가) \_\_\_\_\_에 본 동의서의 사본을 서명자에게 제공했음 ; 제공을 거절했음 .

미성년자에 의해 서명된 경우 또는 고객 및/또는 책임이 있는 성인의 서명이 없는 경우, 반드시 직원이 다음 항목을 작성해야 함.

고객은 촬영/녹음에 동의하지만, 본 동의서에 서명을 원하지 않음

본인은 부모/보호자의 동의 없이 위에 서명한 12-18 세 고객을 위해 미성년자 동의서를 작성했거나 작성되도록 했음.

직원의 서명

날짜

\* 자신의 서명 하에서 서비스를 제공받는 미성년 고객의 경우, 서명된 미성년자 동의서가 임상 기록에 꼭 있어야 함.

\*\* 법적 책임/보호자 = 보호자, 후견인 또는 필요한 경우 미성년자의 부모.

\*\*\* 증인/통역자 = 동의서의 서명을 목격한 사람 (직원일 수도 있고 다른 사람일 수도 있음) 또는 고객을 위해 본 동의서 내용을 다른 언어로 통역한 사람 (통역하여 말한 언어가 명기되어야 함).

이 기밀 정보는 해당되는 복지 및 시설법 (Welfare and Institutions code), 민법, 건강보험의 이전 및 책임에 관한 법(HIPAA) 등의 사생활 기준을 포함하지만 그에 한정되지 않는 주법, 연방법, 규정에 따라 제공됨. 법에 의해 허용되는 경우를 제외하고는, 본 정보와 관련된 고객/위임 받은 대리인의 사전 승인 없이 추가적인 공개를 위해 이 정보를 복제 할 수 없음. 이 정보는 명백히 진술된 본래의 목적이 충족된 이후에는 파괴되어야 함.

성명:

IS 번호:

기관:

기관 번호:

로스엔젤레스 카운티 정신 보건국

# 촬영 / 녹음 동의서