MH 528R
Ред. от 11 фев. 2011 г.

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ФОТОСЪЕМКИ / АУДИОЗАПИСИ

Нижеподписавшийся клиент* или ответственный взрослый** дает свое согласие

_____
Название учреждения и (или) программы или отделения и (или) имя и фамилия сотрудника

☐ на проведение фотосъемки (которая в рамках настоящего Согласия означает видео- и фотосъемку на любой носитель, видеокассету или любые другие технические средства записи и воспроизведения изображений)

☐ на проведение аудиозаписи

Нижеподписавшийся (нижеподписавшаяся):

1. Дает свое согласие на использование фотографий/аудиозаписей, полученных на основании настоящего Согласия, в целях:

   ☐ обучения и профессиональной подготовки ☐ установления личности клиента

   ☐ научных исследований (требуется разрешение Комитета по защите прав субъектов исследований при Департаменте (Human Subjects Committee))

   ☐ публикации, рекламы, создания веб-страниц и (или) поиска источников финансирования (требуется разрешение MH 602)

   ☐ обнародования историй выздоровления (требуется разрешение MH 677, которое необходимо получить от директора по вопросам ведения медицинской документации для конкретной цели и с согласованием формы, в которой информация будет представлена)

2. Отказывается от любых прав на получение компенсации за использование материалов фотосъемки/аудиозаписей.
3. Освобождает Департамент от ответственности в отношении любых претензий в связи с причинением вреда здоровью или компенсации в результате действий, проведение которых разрешается согласно настоящему Согласию.

_____ _____
Подпись клиента* Дата

_____ _____ _____
Подпись ответственного взрослого** Кем приходится клиенту Дата

_____ _____
Подпись свидетеля/переводчика*** Дата

Настоящее Согласие было переведено на русский язык для клиента и (или) ответственного взрослого.
Если переведенная версия настоящего Согласия была подписана клиентом и (или) ответственным взрослым, то ее необходимо приложить к версии на английском языке.

Подписавшая сторона ☐ получила ☐ отклонила экземпляр данного Согласия _____ _____.
Дата Инициалы

Если настоящий документ был подписан несовершеннолетним лицом или в нем отсутствует подпись клиента и (или) ответственного взрослого, данный раздел заполняется сотрудником.

☐ Клиент соглашается на проведение фотосъемки/аудиозаписи, но отказывается подписать настоящее Согласие.

☐ Я заполнил(а) или поручил(а) заполнить форму Согласия для несовершеннолетнего клиента в возрасте 12–18 лет, чья подпись приведена выше, без согласия его родителей/опекунов.

_____ _____
Подпись сотрудника Дата

* В истории болезни несовершеннолетнего клиента, получающего услуги за своей собственной подписью, должно присутствовать подписанное Согласие для несовершеннолетнего лица и Согласия на услуги.

** Ответственный взрослый = опекун, попечитель или родитель несовершеннолетнего лица, когда это необходимо.

*** Свидетель/переводчик = лицо, которое либо являлось свидетелем подписания документа (сотрудник или иное лицо), либо осуществило перевод данного документа на другой язык для клиента (необходимо указать язык перевода).

Настоящая конфиденциальная информация предоставлена в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, включая среди прочего соответствующие разделы Кодекса законов о социальном обеспечении и учреждениях социального обеспечения, Гражданского кодекса, а также стандарты конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Копирование данной информации для дальнейшего распространения запрещено без предварительного письменного согласия клиента/уполномоченного представителя, которому принадлежит данная информация, если иное не предусмотрено законодательством. После выполнения указанной цели первоначального запроса данная информация должна быть уничтожена.

Имя и фамилия: **Номер IS:**

Учреждение: **Номер поставщика:**

Округ Лос-Анджелес — Департамент психического здоровья

СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ФОТОСЪЕМКИ / АУДИОЗАПИСИ