

## CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y GRABACIONES

El suscrito cliente\* o adulto responsable\*\* da su consentimiento a lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Centro, Programa, unidad y/o empleado

- Fotografía (que, a efectos del presente Consentimiento, significa películas, fotografías de cualquier tipo, cintas de video o cualquier otro medio mecánico para grabar y reproducir imágenes)
- Grabaciones de expresiones verbales

El suscrito:

1. Acepta que las fotografías/grabaciones realizadas conforme a este Consentimiento se utilizarán para:
  - Aprendizaje y capacitación  Identificación del cliente
  - Estudios (para los cuales se requiere la aprobación del Comité de Investigaciones con Seres Humanos del Departamento)
  - Publicación, relaciones públicas, páginas web y/o recaudación de fondos (se requiere la autorización MH 602)
  - Intercambio de experiencias de recuperación (se requiere la autorización MH 677, que se debe solicitar al Director de Historias Clínicas indicando específicamente el propósito y modalidad de su difusión)
2. Renuncia a todo derecho a indemnización por el uso de sus fotografías/grabaciones;
3. Se compromete a mantener al Departamento indemne ante todo reclamo por lesiones o solicitud de indemnización que se relacione con las actividades autorizadas por este Consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto responsable\*\*

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo/intérprete \*\*\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

Al cliente y/o adulto responsable se le tradujo verbalmente este Consentimiento a [idioma] \_\_\_\_\_.  
Si el cliente o adulto responsable firmó una versión traducida del presente Consentimiento, dicha versión debe adjuntarse a la versión en inglés.

El firmante  recibió  se rehusó a recibir una copia de este Consentimiento. Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado: \_\_\_\_

**Esta sección debe ser completada por un empleado si el firmante es menor o el cliente y/o adulto responsable no firman.**

- El cliente está dispuesto a aceptar el registro de imagen/audio, pero no a firmar este Consentimiento.
- He completado o dispuesto que se completara el formulario de Consentimiento para Menores para los clientes de 12 a 18 años que firmaron sin autorización de su padre o tutor.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Cuando un menor reciba servicios con su propia firma, debe haber un Consentimiento para Menores y un Consentimiento para Servicios firmados en su historia clínica.

\*\* Adulto responsable = Tutor, curador o padre del menor (cuando sea requerido).

\*\*\* Testigo/Intérprete = Persona que es testigo de la firma del formulario (puede ser un empleado u otra persona) o persona que tradujo verbalmente al cliente este formulario a otro idioma (se debe incluir el idioma al que se interpretó).

Usted recibe esta información confidencial conforme a las leyes y reglamentos estatales y federales que incluyen, sin limitarse a ellos, el Código de Bienestar Público e Instituciones de Salud, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la Ley HIPAA. Está prohibida la reproducción de esta información para terceros sin la autorización previa por escrito del cliente o su representante autorizado a menos que la ley lo permita. Una vez cumplido el propósito de la solicitud original, se debe destruir esta información.

Nombre:

Servicio Nº

Agencia:

Proveedor Nº

Condado de Los Angeles – Departamento de Salud Mental  
Los Angeles County – Department of Mental Health

## CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y GRABACIONES