

CONSENTIMIENTO PARA FILMAR O GRABAR
CONSENT TO FILM OR RECORD

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Nombre del Cliente / Paciente (Apellido, Nombre) | Número de Identificación | Nombre de la Institución |
|--|--------------------------|--------------------------|

Por medio de mi firma abajo, yo autorizo la filmación / grabación como está indicada; y entiendo que podría ver la fotografía o película, o podría escuchar la grabación antes de cualquier uso. Este consentimiento podría ser suspendido en cualquier momento por medio de una notificación escrita al director de la institución.

| | |
|--|------------------------------------|
| Tipo de Filmación / Grabación <input type="checkbox"/> Fotografía <input type="checkbox"/> Grabación de Video <input type="checkbox"/> Grabación de Audio <input type="checkbox"/> CD | Fecha que Expira el Consentimiento |
|--|------------------------------------|

Nombre – Individuo / Grupo que hace la Filmación / Grabación

| | |
|--|--|
| Propósito/Razón para la Filmación / Grabación: | Los Productos Finales Pueden Ser Usados Por: |
|--|--|

Yo además entiendo que podría especificar períodos o situaciones durante los cuales el cliente / el paciente no puede ser filmado o grabado. Yo entiendo que ni apellidos ni otra información que identifique el cliente / el paciente será usada o hecha disponible.

Restricciones para la Filmación / Grabación – Tiempos / Situaciones:

| | | |
|--|----------|-------|
| FIRMA – Cliente / Paciente – Si se Presume Competente | Fecha | |
| FIRMA – Padre o Madre del niño (si es menor) o Tutor(a) | Relación | Fecha |