|  |  |
| --- | --- |
| DEPARTMENT OF HEALTH SERVICESDivision of Care and Treatment ServicesF-22538S (11/2021) | STATE OF WISCONSINWisconsin Statute § 51.61 (1) (o)Wis. Admin. Code § DHS 94.18 |
| **CONSENTIMIENTO PARA RETRATAR O GRABAR Y USO DE FOTOGRAFIAS / GRABACIONES****CONSENT TO PHOTOGRAPH OR RECORD AND USE OF PHOTOGRAPHS/RECORDINGS** |
| Nombre del cliente o paciente (Apellido, Nombre, inicial) | Número de identificación  | Nombre de la instalación o institución |
|               |       |       |
| Tipo de fotografía y/o grabación | Fecha de vencimiento del consentimiento |
| [ ]  Fotografía [ ]  Video [ ]  Audio |       |
| Nombre de la persona o grupo que toma la fotografía y/o graba |
|       |
| Propósito y/o razón para la fotografía o grabación | Los materiales resultantes pueden ser utilizados por |
|       |       |
| Limitación de fotografías y / o grabaciones: tiempos / situaciones |
|       |
| Con mi firma a continuación, doy mi consentimiento para ser fotografiado y para que se utilicen las fotografías según lo indicado. Además entiendo todo lo siguiente:* Autorizo la fotografía y/o grabación según lo indicado; y entiendo que puedo ver la fotografía o el video o escuchar la grabación antes de cualquier divulgación.
* Puedo especificar los períodos durante los cuales o la situación en la que no puedo ser filmado o grabado.
* Entiendo que mi apellido u otra información de identificación se puede usar o poner a disposición.
* Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito a la instalación o al director de la institución.
* Entiendo que el DHS no puede controlar quién guarda y/o utiliza las fotos publicadas en Internet.
* Ni yo, ni ninguna otra persona a la que le haya dado mi consentimiento, recibiremos compensación alguna por el uso de cualquier fotografía.
* Mi decisión de consentir o no consentir no afecta de ninguna manera la posibilidad de acceder a los programas, beneficios o servicios del Departamento.
 |
| **FIRMA** – Cliente o paciente si se presume que es competente | Fecha de la firma |
|  |  |
| **FIRMA** – Padre, madre o tutor del menor  | Relación | Fecha de la firma |
|  |       |  |