|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES  Division of Care and Treatment Services  F-22538S (11/2021) | | | STATE OF WISCONSIN Wisconsin 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 |
|  | |  | | | |  |