

CONSENTIMIENTO PARA RETRATAR O GRABAR Y USO DE FOTOGRAFÍAS / 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 <input type="checkbox"/> Fotografía <input type="checkbox"/> Video <input type="checkbox"/> Audio		Fecha de vencimiento del consentimiento	
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