

**CONSENTIMIENTO PARA RETRATAR O GRABAR Y EL 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 en que se vence el consentimiento
Nombre de la persona o grupo que toma la fotografía y/o graba		

Propósito y/o razón para la fotografía o grabación	El material final puede ser utilizado por
--	---

Limitación para retratar y/o grabar – momentos /situaciones

Con mi firma a continuación, doy mi consentimiento para ser fotografiado y para el uso de las fotografías como se indica. Además entiendo todo lo siguiente:

- Autorizo la fotografía y/o grabación como se indica; 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 cual 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 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 elegibilidad para ningún programa, beneficio o servicio del Departamento.

<b>FIRMA</b> – Cliente o paciente – Si se presume competente		Fecha de la firma
<b>FIRMA</b> – Padre, madre o tutor del menor de edad	Relación	Fecha de la firma