



CONFIDENTIAL PATIENT INFORMATION

See: Cal. W & I Code Sec. 5328 and
45 CFR, Part 164

Identificación del/de la Paciente

**Condado de Orange
Agencia de Cuidado de Salud
Departamento de Salud Mental**

Consentimiento Para Grabaciones

Yo, _____, autorizo grabaciones de
Nombre del/de la paciente o persona a ser grabada

- audio solamente
- audio y video

Sobre mis sesiones de terapia. Yo entiendo que todas y cada grabación será(n) utilizada(s) únicamente con el propósito de supervisión y enseñanza clínica, y que cualesquiera de tales grabaciones serán destruidas en cuanto culmine tal supervisión o enseñanza clínica. También entiendo que estas grabaciones no serán reproducidas de ninguna forma, que la información contenida en ellas esta sujeta a todos los reglamentos Federales y Estatales que apliquen en el manejo de confidencialidad de los registros y tratamiento de pacientes, y que las grabaciones serán utilizadas solo por empleados autorizados, voluntarios y/o estudiantes que trabajen en el Condado de Orange Agencia de Cuidado de Salud/Servicios de Salud Mental y Abuso De Drogas.

Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, y que al recibir yo tratamiento, no este supeditado a firmar el presente consentimiento ni concordar en cualquier grabación. También entiendo además, que este consentimiento caduca en el momento de mi dada de alta, a no ser que haya sido revocado por mí con anterioridad.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Firma del Terapeuta

Fecha

Original to: Clinical Record Copy to: Service Chief, Client

