

CONSENTIMIENTO DE GRABACIÓN DE AUDIO Y VIDEO



Nombre del/de la paciente: DOB : Cliente
n.º

Ubicación de Options: ▼

Los servicios de Options pueden incluir el uso de grabaciones de vídeo o audio de usted y de los miembros de su familia. Estas grabaciones le permiten al personal proporcionar consulta clínica tanto dentro como fuera de la agencia. Estas grabaciones se utilizan solo para fines de supervisión y capacitación y para brindar un mejor servicio a nuestros clientes, ofreciéndoles los mejores resultados del tratamiento.

El grupo de consulta interna o externa puede fluctuar y variar, pero puede incluir supervisor o supervisores: que puede incluir supervisores académicos, psiquiatra y otros empleados de Options. Cualquier persona que participe en esta consulta está obligada por las leyes federales de privacidad y las políticas y procedimientos de Options, que protegen la confidencialidad de toda la información del cliente.

Consentimiento

Al poner mis iniciales en la casilla de consentimiento y firmar este formulario, autorizo a Options para hacer grabaciones de audio o vídeo de mí mismo y de los miembros de mi familia para fines de supervisión y capacitación. Entiendo que estos archivos electrónicos serán encriptados y asegurados en cumplimiento con las leyes federales de privacidad y seguridad, y que se borrarán o se destruirán tras la revisión de supervisión.

Entiendo que los servicios que Options presta no están supeditados a entregar y firmar este consentimiento.

He leído lo anterior y entiendo plenamente su contenido. He hecho preguntas sobre todo lo que no tenía totalmente claro, y las respuestas que recibí fueron satisfactorias. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para hacer grabaciones adicionales de audio o vídeo sin afectar el proceso de tratamiento mediante la presentación de la revocación por escrito a través de correo postal certificado. El consentimiento se vence automáticamente al alta de los servicios.

- ☐ **Le doy mi consentimiento** a Options para hacer grabaciones de audio o vídeo de mí, de mis hijos o mi familia para fines de supervisión y capacitación
- ☐ **No le doy mi consentimiento** a Options para hacer grabaciones de audio o vídeo de mí, de mis hijos o mi familia para fines de supervisión y capacitación.

Descripción de la autoridad del representante personal ☐ Padre o madre ☐ Custodio legal ☐ Tutor ☐ Otro, como:



X _____



Signature Certificate

Document name: CONSENTIMIENTO DE GRABACIÃ“N DE AUDIO Y VIDEO

Unique Document ID: 891ACBD5727EAD1174C5EB078C08C3B3C5D05799



Timestamp

Audit

May 12, 2020 8:13 am PDT	CONSENTIMIENTO DE GRABACIÃ“N DE AUDIO Y VIDEO Uploaded by Adam Falk - adam.falk@options.org IP 69.1.101.108
May 12, 2020 8:23 am PDT	Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 50.240.25.195
May 12, 2020 8:29 am PDT	Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 50.240.25.195
October 28, 2020 1:41 pm PDT	Options Records - OCFSrecords@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 108.174.191.234
October 30, 2020 10:32 am PDT	Options Intake - intake@options.org added by Adam Falk - adam.falk@options.org as a CC'd Recipient Ip: 108.174.191.234



This audit trail report provides a detailed record of the online activity and events recorded for this contract.