

**El Departamento de Salud Mental del Condado de San  
Luis Obispo Conentimiento Para La Grabación de  
Audio/Video Cuidador/Miembro de la Familia del  
Cliente**

**San Luis Obispo County Behavioral Health**

**Department Consent to Audio/Video**

**Recording Caregiver/Family Member of**

**Client**

Nombre de cliente (Name of client):

Yo autorizo al Departamento de Salud Mental del Condado de San Luis Obispo (SLOBHD) hacer grabación de audio y/o de video(s) de la voz y imagen de mí mismo durante mi participación en los servicios de psicoterapia por personal de (SLOBHD) con el menor antes mencionado que es un cliente de (SLOBHD).

(I hereby authorize the San Luis Obispo County Behavioral Health Department (SLOBHD), to make audio and/or video recording(s) of the voice and image of myself while participating in psychotherapy services provided by SLOBHD staff with the above referenced minor, who is a client of SLOBHD.)

Yo autorizo la grabación de audio y/o video para el siguiente propósito(s):

(I authorize the audio and/or video recording for the following purpose(s):)

- Para ayudar a brindar educación y entrenamiento a los profesionales, el personal, los que están en puesto de interno y/o aprendices que son empleados o trabajan bajo un contrato con el Condado de San Luis Obispo. Entiendo que las grabaciones de audio y/o video que se utilizan únicamente para capacitación y educación no son parte del tratamiento y, por lo tanto, no forman parte de mi historial médico permanente. El Departamento de Salud conductual del condado de San Luis Obispo va a guardar las grabaciones de audio y/o video en un lugar confidencial y destruirá cada una de las grabaciones 90 días después de la fecha de grabación.
- Para el proposito de tratamiento. Entiendo que las grabaciones de audio y/o video que se utilizan para el proposito de tratamiento no se convertirán en parte del expediente médico permanente y se eliminarán al finalizar los servicios.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar terminar la grabación de audio y/o video en cualquier momento durante la sesión. Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento a esta autorización en cualquier momento sometiendo una solicitud por escrito a:

Name:   
Type: SP BH A/V Consent Caregiver

Case#:

Page: 2 of 5

Date:

(I understand that I have the right to request that an audio and/or video recording session end at any time during the session. I understand that I have the right to withdraw my consent to this authorization at any time by submitting such a request in writing to:)

San Luis Obispo County Behavioral Health, Medical Records  
Department 2178 Johnson Avenue  
San Luis Obispo, CA 93401

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y que el tratamiento del menor no depende de mi consentimiento para que estas grabaciones de audio y/o video no sean tomadas. Entiendo que si no doy permiso, no interferirá con el tratamiento del menor.

(I understand that I may refuse to sign this authorization, and that the minor child's treatment is not dependent upon my consent to have these audio and/or video recordings taken. I understand that my refusal will not interfere with the minor child's treatment.)

Name:   
Type: SP BH A/V Consent Caregiver

Case#:

Page: 3 of 5  
Date:

Este consentimiento permanecerá válido durante un año (a no ser retirado antes) a partir la fecha de abajo y puede ser autorizada nuevamente sólo con una nueva autorización por escrito.

(This consent will remain valid for one year (unless withdrawn sooner) from the date below, and may be reauthorized only with a new written consent.)

**PARA EL PERSONAL REVISANDO LA GRABACION DE AUDIO Y/O VIDEO:** La información contenida en la(s) grabación(es) de video(s) y/o audio(s) ha sido revelada a usted con el acuerdo de autorización anterior. La

información contenida en el registro es confidencial y está protegida por las leyes federales y estatales de confidencialidad. Código Federal (42 Código de Reglamentaciones Federales, Parte 2) y las regulaciones estatales que impiden revelar información sin obtener otra autorización para el compartimiento, ó dicha autorización es específicamente requerida ó permitida por la ley.

(TO THE PARTY REVIEWING THE AUDIO/VIDEO RECORDING: The information contained in the audio/ video recording(s) has been disclosed to you pursuant to the above consent. The information contained in the recording is confidential and is protected by federal and state confidentiality laws. Federal (42 Code of Federal Regs, Part 2) and state regulations prevent you from re-disclosure of this information without obtaining another authorization for such disclosure, or such disclosure is specifically required or permitted by law.)

Name:   
Type: SP BH A/V Consent Caregiver

Case#:

Page: 5 of 5  
Date:

### Signatures

Signature	Signature Line Heading	Printed Name	Date
	Caregiver		
	Staff Witness		