

San Luis Obispo County Behavioral Health Department
Consentimiento Para La Grabación de Audio/Video de
Un Menor (Consent to Audio/Video Recording of a
Minor Child)

Nombre del Cliente (First Name):

La persona legalmente responsable (Legally responsible person):

Relación (Relationship):

El abajo firmante, soy el padre o tutor legal del menor antesmencionado. Certifico que puede actuar en nombre del hijomenor de edad, arriba mencionado en asuntos legales. Por la presente autorizo a San Luis Obispo County Departamento de salud Mental (SLOBHD), para hacer grabaciones de audio o video de la voz y la imagen del menor, mientras que él/ella está participando en psicoterapia servicios prestados por el personal de servicios de salud conductual.

(I, the undersigned, am the parent or legal guardian of the above-referenced minor child. I certify that I can act on behalf of the above-referenced minor child in legal matters. I hereby authorize San Luis Obispo County Behavioral Health Department to make audio and/or video recording(s) of the voice and image of the minor child, while he/she is participating in psychotherapy services provided by Behavioral Health Services staff.)

Yo autorizo la grabación de audio o video para los siguientes fines (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 del historial médico permanente del menor. 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 del menor y se eliminarán al finalizar los servicios.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar teminar 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:

(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 de la menor.

(I understand that I may refuse to sign this authorization, and that the minor child's treatment is not

Name:
Type: SPBH Audio/Video Consent

Case#:

Page: 3 of 5
Date:

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.)

Este consentimiento permanecerá válido durante un año (al no ser retirado antes) a partir de la fecha de abajo y puede ser autorizada nueva mente solo 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 po 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/ideo 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 by law.)

Name:
Type: SPBH Audio/Video Consent

Case#:

Page: 5 of 5
Date:

Signatures

Signature	Signature Line Heading	Printed Name	Date
	Client		
	Rep./Legally Resp. Person		
	Staff Witness		