

Departamento de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

**Consentimiento Para Tomar Fotografías, Grabar en Video u
Otras Grabaciones Según lo Especificado**

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Yo, _____, por este medio doy mi consentimiento para que el miembro de la Agencia de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo tome mi fotografía, grabe en video u otras grabaciones de mí/mi hijo/persona bajo tutela según lo especificado con el propósito de (marque todo lo que corresponda):

- Administración precisa de medicamentos

- Información/Educación del personal de BH de SLO, pasantes o aprendices que son empleados o trabajan bajo un contrato con el Condado de San Luis Obispo.

- Otro

Entiendo que la fotografía, la grabación en video u otras grabaciones que se usen con fines de tratamiento se volverán parte de mi expediente médico permanente.

Entiendo que tengo el derecho a retirar mi consentimiento a esta autorización en cualquier momento.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que el tratamiento que recibiré no dependerá de mi consentimiento para que se tomen estas fotografías, grabaciones en video u otras grabaciones, entiendo que el negarme no interferirá con mi tratamiento. Sin embargo, dicha negativa puede retrasar o impedir identificar adecuadamente a un paciente para administrar correctamente los medicamentos.

Este consentimiento seguirá siendo válido hasta que yo revoque dicha autorización.

Nombre:

N.º de caso:

Página: 2 de 2

Tipo: Consentimiento para tomar foto

Fecha:

Firmas

Firma	Titulo de la línea de firma	Nombre en letra de molde	Fecha
	<input type="checkbox"/> Paciente		
	<input type="checkbox"/> Madre/Persona legalmente responsable		
	<input type="checkbox"/> Testigo del personal		