INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE: Ver la sección 5328 del Código de bienestar e instituciones de California

División de Servicios de Salud Mental del Condado de San Mateo

AUTORIZACIÓN PARA LA GRABACIÓN DE LAS SESIONES Y/O OBSERVACIÓN A TRAVÉS DE UN ESPEJO UNIDIRECCIONAL

Nombre del cliente _____No. de historia médica _____

Por medio de este documento doy mi consentimiento para que observen y/o graben las sesiones de consejería.

Entiendo que esta grabación será manejada con absoluta confidencialidad y que será discutida únicamente con el personal médico de esta agencia y, en el caso de los aprendices médicos, con el supervisor médico inmediato del aprendiz. Si la grabación se discute en un ambiente educativo, ni los clientes ni sus familias serán identificados por sus nombres.

Esta autorización será válida hasta _____. En todas las circunstancias, el consentimiento se debe renovar anualmente.

Doy mi consentimiento para las circunstancias siguientes:

1. Grabación de audio
2. Grabación de audio/video
3. Observación a través de un espejo unidireccional
4. Otro (especifique) _____

Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que lo puedo retirar en cualquier momento.

Firma _____ **Fecha**_____
Cliente/Representante legal

Si firma alguien diferente al cliente, diga cual es la relación legal con el cliente:

_____

Original para el registro del cliente
cc: Cliente
Médico autorizado