

## 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 GRABACIÓN DE AUDIO Y VIDEO



Unique Document ID: 6F04716F202D1252B297B35FD701C66127B4D946

## Timestamp

## Audit

May 12, 2020 8:13 am PST

CONSENTIMIENTO DE GRABACIÓN DE AUDIO Y VIDEO  
Uploaded by Adam Falk - adam.falk@options.org IP  
108.174.191.234

May 12, 2020 8:23 am PST

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 PST

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 PST

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 PST

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.

Page 3 of 3