

## CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN DE AUDIO Y VIDEO

Para servicios prestados por Adapt Integrated Health Care, en adelante denominado el “Centro de salud”.

Por el presente autorizo al Centro de salud a grabar audio o video de mis sesiones de asesoramiento individual, grupal o educativas con el fin de mejorar la calidad del tratamiento proporcionado por el personal del Centro de salud.

Entiendo que estas grabaciones pueden ser vistas o escuchadas por el supervisor de mi asesor y el personal clínico adecuado en el Centro de salud solo para fines de capacitación y supervisión. Estas grabaciones se consideran confidenciales y estarán sujetas a todas las normativas federales de confidencialidad, como se describe en el título 42 del Código Federal de Regulaciones (C.F.R., por sus siglas en inglés), parte 2. Las grabaciones se eliminarán después de su uso en la capacitación y no se mantendrán registros permanentes de la sesión.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento y divulgación por escrito en cualquier momento, en la medida que se hayan tomado medidas en base a ello.

Excepto que se revoque antes, este consentimiento y divulgación expira en la siguiente fecha (elija uno):

- Un año desde su firma.  
 Una fecha, evento o condición específica.

Condición de revocación: \_\_\_\_\_

Entiendo que mi participación es completamente voluntaria. También entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no están sujetos a mi firma de este consentimiento y divulgación. También me explicaron que si me niego a dar consentimiento, la única consecuencia será que no se realizarán grabaciones de audio o video. No recibiré ninguna compensación por acceder a la grabación de audio o video de mis sesiones de asesoramiento.

Doy mi consentimiento:  Sí  No

Comentarios: \_\_\_\_\_

He leído y estoy de acuerdo con las declaraciones que anteceden.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o tutor legal/Representante personal  
(Marque uno)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Aclaración del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Relación, de no ser el paciente**