|  |  |
| --- | --- |
| **Consentimiento del NC ITP Para Grabación de Video y** |       |

**la Divulgación de Información**

La intención de este consentimiento es de eximir/absolver al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte y su personal de cualquiera y toda responsabilidad que pudiera resultar de la toma y uso autorizado de estos materiales.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Yo |       | *(nombre)* por la presente autorizo a la Oficina de Comunicaciones |
| a obtener o permitir: |       | (Nombre de la *CDSA*) |

a *obtener lo siguiente de mi persona/mi hijo (marque las descripciones apropiadas (s)*

[ ]  Fotografías [ ]  Película/Video [ ]  Entrevista [ ]  Grabación de Voz

Estoy de acuerdo que la entidad nombrada anteriormente puede usar o permitir a otros el uso de los materiales producidos en esta sesión para cualquiera de los propósitos listados a continuación (marque las categorías apropiadas).

[ ]  Publicaciones Educativas

[ ]  Materiales de Investigación/Publicaciones

[ ]  Publicidad

[ ]  Sitio Web del Departamento

[ ]  Publicaciones del Departamento

[ ]  Medios Impresos o de Difusión

[ ]  Supervisión Clínica

[ ]  Coaching para Prácticas Basadas en la Evidencia

Si aplica: [ ]  Estoy de acuerdo con lo anterior, con la condición de que yo no sea identificado por nombre.

*Los videos son parte del registro confidencial protegido del niño y se conservarán y destruirán según las regulaciones de retención de registros del DHHS de Carolina del Norte.*

He leído lo anterior y entiendo la totalidad de esta autorización. También entiendo que esta autorización permanecerá vigente durante el período de tiempo necesario para cumplir con su propósito por hasta un año o en caso de que yo rescinda esta autorización completando la sección de revocación en la parte inferior de este documento. Además, entiendo que cualquier acción tomada sobre esta autorización antes de la fecha de rescindido es legal y vinculante.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |  |       |  |
| Primer Nombre del Niño | Inicial del Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento |  |
| Firma del Padre/Guardián Legal: |       | Fecha: |       |  |
| Dirección:  |       |  |
| Ciudad/Estado/Apartado Postal: |       |  |
| Testigo: |       |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN DE REVOCACIÓN** |
| Por la presente solicito que esta autorización sea rescindida, efectiva |       |  |
|  | *(Fecha)* |  |
| Firma del guardián o padre: |       |  |
| Fecha: |       |  |  |
|  |