|  |
| --- |
|  |

**Proyecto de Difusión de la Intervención ABC**

**Formulario de Autorización**

El/La       (nombre del programa/proyecto) de/con       (agencia/entidad) le brinda servicios a padres y niños proporcionando una intervención de crianza diseñada para fomentar la seguridad de apego de los niños y su capacidad de poder tranquilizarse a si mismos. Nuestra misión es el asegurar que la capacitación sea efectiva para usted y para otros padres.

Usted está siendo incluido en la capacitación de Intervención de Apego y Recuperación Bioconductual (ABC, según sus siglas en inglés). Le pedimos que conceda permiso para que las sesiones sean grabadas en video. La videograbación se utilizará para los siguientes fines:

* Proporcionar supervisión para la capacitación de los padres sobre la implementación eficaz de la intervención.
* La videograbación se utilizará en la evaluación para ayudar a determinar la efectividad del programa.

Por la presente doy el derecho a y el permiso de:

* Compartir las sesiones grabadas en video con       (agencia/entidad) con el propósito de supervisión y evaluación del programa.

He leído lo anterior y entiendo por completo 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 si rescindo esta autorización completando la sección de revocación en la parte inferior de este formulario. Además, entiendo que cualquier acción tomada sobre esta autorización antes de la fecha de revocación 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: |  | | | | | | Fecha: | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN DE REVOCACIÓN** | | | | |
| Por la presente solicito que esta autorización sea rescindida, efectiva | | |  |  |
|  | | | *(Fecha)* |  |
| Firma del Padre/Guardián: |  | | |  |
| Fecha: |  |  | |  |
|  | | | | |