

Connections Day School
Consentimiento para Video/Cinta de Audio

(Consent to Audio/Video Tape)

Autorizo el video / audio grabación de mi hijo/a _____ en sessions de psychotherapia. Entiendo que estas cintas se utilizarán como parte del plan de tratamiento de mi hijo/a por su Terapeuta para la supervisión clínica y la enseñanza con fines de entrenamiento con otros estudiantes terapeuta / terapia. Entiendo que aunque semejanza mi hijo/a será visible, no va a utilizar su nombre completo y todos los observadores tienen una obligación profesional para tratar el material confidencialment. Yo estoy de acuerdo con el uso de esta cinta de la siguiente manera (s)-por favor marque (X) según el caso apropiado.

_____ Para Supervisión y / o capacitación formal dentro de Connections Day School y nuestra compañía principal Counseling Connections.

_____ Para la Supervisión y / o entrenamiento formal en la escuela del Terapeuta.

Nombre del Programa: _____

_____ Para Supervisión y / o entrenamiento formal en la siguiente

Nombe de la Localidad: _____

Este consentimiento se mantendrá activo por año (a no ser retirado antes), y puede ser autorizados nuevamente sólo con un nuevo consentimiento.

A la expiración de este acuerdo, solicito que por favor marque (X) según el caso apropiado

_____ Sea destruida la cinta

_____ La cinta se mantenga en una biblioteca confidencial para la información interna en Connections Day School y Counseling Connections y no requerirá el consentimiento firmado adicional para su uso. Cualquier otro uso de esta cinta será necesario un consentimiento firmado para su uso específico .

Este consentimiento se limita a sólo la información antes señalado, el cual será utilizado sólo por el individuo (s), agencias y la escuela (s) nombrado aquí El proposito de este consentimiento es para ayudar a proporcionar tratamiento, capacitación y supervisión . Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una solicitud de este tipo por escrito. También entiendo que mi negativa a dar consentimiento para el uso de vídeo / grabación de audio no interferirá con el tratamiento de mi hijo/a en su educación de ninguna manera.

Firma del Padre

Fecha

Firma del estudiante (si tiene 12 años o más)

Fecha

Firma de testigo

Fecha