



Departamento de Salud Pública de San Francisco
Consentimiento para grabar/Autorización para
publicar

INDIVIDUO QUE SE SOMETERÁ A LA GRABACIÓN* (EN LETRA DE IMPRENTA)	
FECHA DE NACIMIENTO*	MRN (Si es paciente)
DIRECCIÓN	
TELÉFONO	IDIOMA
CORREO ELECTRÓNICO	

No brindar TODA la información marcada con * puede invalidar esta autorización

Yo* (en letra de imprenta), _____ (alias) _____ otorgo mi consentimiento y autorizo al Departamento de Salud Pública de San Francisco (SFDPH), a su empleado o agente a grabarme a mí (o a mi dependiente) a los fines de asistir en tratamiento científico, educación, comunicaciones públicas o con fines de caridad. Por “grabaciones” se hace referencia a fotografías identificables, imágenes digitales, escaneos, películas, cintas de vídeo, fuentes informáticas, imágenes (en papel o electrónicas) o grabaciones de audio.

1. Entiendo que la autorización de esta grabación es voluntaria.
2. Entiendo que, si me niego a firmar, no se me negará tratamiento, inscripción en un plan de salud ni elegibilidad para recibir beneficios.
3. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
4. Entiendo que la información que se revele como consecuencia de esta autorización podría ser revelada a su vez por el individuo, la agencia o el público que vea o reciba esta grabación.
5. Entiendo que yo puedo solicitar que la grabación se detenga en cualquier momento.
6. También entiendo que, cuando otorgue o cancele mi autorización, tendrá validez desde esa fecha en adelante y no retroactivamente. **Una vez que mi grabación sea facilitada mediante esta autorización, entiendo que SFDPH puede no ser capaz de detener a otros (incluido el público) de ver mi grabación en el futuro, aunque cancele mi autorización.**
7. Entiendo que no me pagarán por el uso ni la revelación de mi grabación.
8. **Caducidad*:** A menos que la cancele, esta autorización caducará en la fecha que se indica a continuación. Si no se indica una fecha, esta autorización caducará un año después de la fecha de autorización.
9. Por este medio eximo de responsabilidad al Departamento de Salud Pública de San Francisco, a sus empleados y agentes que participen en esta grabación ante cualquier reclamo relacionado con esta grabación.

Propósito de la publicación/Por la presente autorizo el uso o la revelación para grabación y publicación *		
Persona/organización autorizada para recibir la información fuera de SFDPH *		
Fecha de autorización*	Hora de autorización	Fecha de caducidad*
Firma de la persona que autoriza*		Nombre de la persona que autoriza en letra de imprenta si es otra que el individuo al que se está grabando*: __Padre/madre __Custodio __Otra persona: _____

Firma del testigo	Nombre del testigo en letra de imprenta	Firma del intérprete	Nombre del intérprete en letra de imprenta
Firma del (empleado/agente que obtiene la autorización) de SFDPH		Nombre del (empleado/agente que obtiene la autorización)	

