



HEALTH CARE AGENCY

*Behavioral Health Services
Mental Health Services Act office*

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR Y PUBLICAR

Yo autorizo a la Agencia del Cuidado de Salud participación en actividades en las cuales seré fotografiado (*nombre de la persona*) _____

A. La persona autorizando está en acuerdo en que la Agencia del Cuidado de Salud y sus empleados puedan usar y permite a otras personas usar fotografías, negativas o ilustraciones preparadas de tales fotografías para demostracion sin limite alguno al publico general, al Condado de Orange, sus empleados y socios con el propósito de la educación a alcance a la comunidad, y que tal demostracion se pueda lograr en una manera apropiada y sometida a las siguientes limitaciones: _____

B. La persona autorizando esta en acuerdo para asistir las metas educacionales y renuncia cualquier derecho a ser compensado(a) por el uso de las Organizaciones y socios mencionados, y renuncia a cualquier demanda contra la Agencia del Cuidado de Salud por compensación o herida resultadas de las actividades autorizadas por este acuerdo.

C. No se aplica
La persona autorizando esta en acuerdo de renunciar cualquier derecho a privacidad y que la material y el contenido de los fotografías pueden incluir información personal incluyendo pero sin limita a: (*Inicie con letra lo que se aplique*):

_____ diagnostico medico _____ historial de arresto

_____ tratamiento de abuso del alcohol y drogas(CFR Parte 42)

_____ funcionamiento psicosocial/tratamiento de salud mental (WIC 5328)

D. El termino “fotografía” es usado en este acuerdo, puede significar un video, película, o una fotografía en cualquier forma, igual que in disco de video o cualquier otro formato o manera de la reproducción de imágenes.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

Original: Health Care Agency, 2nd Copy: Client/Photographing Agent, 3rd Copy: Client