|  |
| --- |
|  |

**Proyecto ‘Infant Caregiver’**

**Formulario de Autorización de Imagen**

Usted está siendo incluido en la capacitación de Intervención de Psicoterapia para el Niño y Padre de Familia (CPP, por 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 implementación efectiva de la intervención.

Por la presente doy el derecho y el permiso de:

* Compartir las sesiones grabadas en video con el Centro de Salud Infantil y Familiar con el propósito de supervisión.

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: |  |  | |  |
|  | | | | |