|  |  |
| --- | --- |
| **Departamento de Consejería** | Para Uso Exclusivo de la Oficina |
| Cliente # |

Consentimiento Informado para Grabación de Audio y Video

Instrucciones: Favor de llenar la forma con su información y marcar las casillas, o lista de información. Después de llenar la forma, puede guardar la información y este formato se guardara para la próxima vez que abra la forma. Seleccione Archivo

> Guardar como… Crear un nuevo nombre para su copia y guárdelo en su computadora.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | |
| Nombre del Estudiante: | | | | | | | |
| Lugar de Prácticas/ Internado: | | | | | | | |
| Grado Académico: | | Programa de Estudios: | | | Curso: | | |
| **INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DEL LUGAR DE PRÁCTICAS** | | | | | | | |
| Nombre del Supervisor: | | | | Título: | | | |
| Teléfono: | | | | Correo Electrónico: | | | |
| **INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DE LA UNIVERSIDAD** | | | | | | | |
| Nombre del Supervisor: | | | | Título: | | | |
| Teléfono: | | | | Correo Electrónico: | | | |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GRABACIÓN AUDIO/VIDEO** | | | | | | | |
| Como estudiante de posgrado, estoy obligado a estar bajo supervisión de un supervisor clínico calificado. Mis supervisores revisan todos los aspectos de los servicios que yo le estoy proporcionando. Usted tiene el derecho de saber el nombre de mi supervisor y como contactarlo a él o ella. Esta información se encuentra al principio de esta forma. Su firma de abajo confirma que le han explicado esta forma, y que entiende lo siguiente:   * No es un requisito y no estoy obligado a grabar está sesión. * Puedo retirar mi permiso en cualquier momento o después de grabar la sesión. Mi cuidado no será afectado por mi decisión de no ser grabado(a). * Tengo el derecho de ver mi grabación con mi consejero estudiante durante una sesión de consejería. * Mi estudiante consejero recibe supervisión en este lugar y por parte de la facultad de la Universidad de Texas en San Antonio (UTSA). * El contenido de esta grabación permanecerá en confidencia dentro de la facultad de UTSA. * La grabación será destruida después de llevar a cabo la supervisión de esta sesión. * Este consentimiento expira en 180 días dando inicio en la fecha en que esta forma es firmada. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la fecha de expiración mediante la presentación a mi estudiante consejero para retirar mi permiso. * La copia original de esta forma será guardada en mi récord con esta agencia. * Esta grabación solo será usada como una herramienta para ayudar a mi consejero estudiante en asistirme a mí o a mi familia. * Puedo contactar el Departamento de Consejería en UTSA si tengo preguntas o dudas al 210-458-2655. | | | | | | | |
|  | **FIRMS** | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | |
| **Firma del Cliente** | | | **Impresa** | | | **Fecha** | |
|  | | |  | | |  | |
| **Firma del Guardián (si el cliente en**  **menor de 18)** | | | **Impresa** | | | **Fecha** | |
|  | | |  | | |  | |
| **Firma del Consejero Estudiante** | | | **Impresa** | | | **Fecha** | |
|  | | |  | | |  | |
| **Firma del Supervisor(a)** | | | **Impresa** | | | **Fecha** | |