

MONTEREY COUNTY



DEPARTMENT OF HEALTH Ray Bullick, Director

ANIMAL SERVICES
BEHAVIORAL HEALTH
CLINIC SERVICES

EMERGENCY MEDICAL SERVICES
ENVIRONMENTAL HEALTH

PUBLIC HEALTH
PUBLIC ADMINISTRATOR/PUBLIC GUARDIAN

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA Y GRABACIÓN DE AUDIO O VÍDEO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

El abajo firmante autoriza al Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey, personal del departamento de salud mental y otras personas especificados a continuación a (seleccionar todas las que apliquen) tomar fotografías, grabación de vídeo y audio o grabación de audio solamente de la siguiente persona:

(Nombre del consumidor)

Estoy de acuerdo que durante el curso de recibir servicios por el departamento de salud mental el uso de los negativos, impresiones, audio, o vídeo preparado de tales fotografías y grabaciones de audio/vídeo pueden ser utilizadas para los siguientes propósitos solamente (especificar quién va a utilizar fotos, grabaciones de audio/vídeo si no es personal del Departamento de salud mental):

Consumidor/Padres/Guardián (escribir su nombre y firma)

Relación al Consumidor

Fecha: _____

Testigo (escribir nombre y firma)

Fecha: _____