

Formulario de Autorización y Permiso para Grabar Sesiones

The Genesis Therapy Center generalmente utiliza grabaciones en audio y video como herramientas de asistencia en el proceso terapéutico. Es necesario para nosotros, contar con su autorización por escrito para poder hacer uso de esta ayuda electrónica.

Yo/Nosotros quienes firmamos abajo, otorgamos consentimiento para poder efectuar grabaciones en audio y/o video durante nuestras sesiones de terapia. Esta autorización es otorgada en consideración a los servicios profesionales que están siendo prestados por Genesis. Yo/Nosotros entendemos que puedo/podemos solicitar que la grabación se detenga o sea borrada en cualquier momento durante nuestras sesiones e incluso tiempo después de que estas se hallan efectuado. Yo/Nosotros hacemos constar que soy/somos completamente responsables de mi/nuestra participación en algún o en todos los ejercicios e interacciones sugeridas por mi/nuestro terapeuta(s). Yo/Nosotros liberamos a Genesis y a su(s) terapeuta(s) que trabajan conmigo/con nosotros de toda responsabilidad legal relacionada con los ejercicios que yo/nosotros realice/realicemos durante las sesiones de terapia o después de estas.

Yo/Nosotros, quien(es) firma(mos) abajo, reconocemos que el propósito y valor de efectuar estas grabaciones ha sido explicado completamente a mi persona/a nosotros y que mi/nuestro consentimiento para tales grabaciones ha sido otorgado de manera libre y voluntaria.

_____ (Nombre)

_____ (Nombre)

_____ (Testigo)

_____ (Padre o Guardian)

_____ (Testigo)

_____ (Fecha)

Genesis está profundamente comprometido a capacitar terapeutas eficientes. Las grabaciones de audio y video son herramientas valiosas en este proceso de entrenamiento.

Yo/Nosotros, quien(es) firma(mos) abajo, otorgo/otorgamos mi/nuestro permiso al staff de Genesis para utilizar las grabaciones de video y/o audio de mi/nuestra persona para fines de instrucción. Yo/nosotros entendemos que estas serán utilizadas bajo confidencialidad profesional y como ayudas en el proceso de capacitación y formación de terapeutas profesionales.

_____ (Nombre)

_____ (Nombre)

_____ (Testigo)

_____ (Fecha)