



Autorización para Fotografía/Video/Audio-grabación

Yo por la presente, autorizo la toma de fotografías, película, video o grabación de:

- 1. Yo (nombre) _____
- 2. Hecha por (indicar nombre/ # de teléfono del depto.) _____
- 3. **Para el proyecto:** BSB-Buena Salud Bucal- Una Intervención de Doble Nivel para Mejorar la salud Bucal de Adultos Mayores

Para uno o más de los propósitos siguientes (marque el/la apropiado y tache los demás).

4. **Información Pública.** Entiendo que esto significa el uso en televisión o radio, periódicos, revistas, panfletos, otros materiales promocionales o educativos para pacientes, exposiciones o publicaciones del Centro de Salud, incluyendo los “websites” del Centro de Salud. También entiendo que yo puedo ser identificado/a, o la persona nombrada arriba.

5. **Estudio Médico o Investigación.** Entiendo que esta significa que será usada para enseñar o ilustrar el trabajo de la investigación. También tendrá las siguientes salvaguardias. Por favor, marque la caja apropiada para indicar su preferencia a las preguntas abajo:

- a. Mi nombre o el nombre de la persona indicada más arriba:
 - Puede estar en la lista como contribuyente a los materiales desarrollados.
 - NO puede estar en la lista como contribuyente a los materiales desarrollados.
 - Puede ser identificado/a por voz y/o texto en los materiales desarrollados.
 - NO puede ser identificado/a por voz y/o texto en los materiales desarrollados.
- b. Quiero usar mi derecho de aprobar los materiales desarrollados en su forma final. He recibido una copia de esta forma junto con la información de la persona de contacto y el departamento.
 - NO quiero aprobar los materiales desarrollados en su forma final.
- c. Por mi solicitud, las fotos, película, video o grabación y todas las copias, positivas y negativos será destruidas.
- d. Si el propósito es para Salud Mental, entiendo que será usado exclusivamente por profesionales de salud mental solamente para objetivos instruccionales, anotado en la línea 4 arriba.
- e. Los materiales será mantenidos confidenciales dentro de los parámetros que he notado/a arriba.

6. **Razones Personales.** Esta significa que la foto, película, video o grabación que se está tomado ha sido por mi petición para mi uso personal.

He sido informado/a de la intención para el uso. Además entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento a través de una petición escrita. Esta Autorización no tiene fecha de terminación. Sin embargo, si usted firma esta autorización, todavía puede cambiar su decisión a una fecha posterior. Usted puede revocar esta autorización por mandando una nota escrita a Susan Reisine, UCHC, 263 Farmington Ave, MC3910, Farmington, CT, 06030, para informarla de su decisión. Además, entiendo que no tengo que firmar esta autorización para asegurar la continuación de mi tratamiento.

Nombre de persona autorizando: (Firma)

(Nombre en letra de molde)

Dirección

Fecha de firma

Dirección

Fecha

Atestiguado por

Copia original - Folleto

Copia - Participante