

### CONSENTIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y DIVULGACIÓN PARA LAS SESIONES DE GRABACIÓN

Servicios de Consejería Comunitaria (CCS) entre su función, sirve como un centro de entrenamiento para estudiantes de posgrado/terapeutas matrimoniales y familiares asociados registrados. Nosotros les pedimos a cada aprendiz y terapeuta matrimonial y familiar asociado registrado que proporcione grabaciones de las sesiones para que un miembro del personal superior con licencia pueda dar sugerencias y monitorizar la calidad de los servicios brindados en CSS.

El/La supervisor(a) de su clínico es \_\_\_\_\_

# de Licencia: \_\_\_\_\_

Debido a que usted será atendido(a) por un estudiante de posgrado en entrenamiento o un terapeuta matrimonial y familiar asociado registrado sin licencia, queremos informarle que su clínico registrará todas las sesiones. Por favor siéntase libre en preguntarle a su clínico cualquier pregunta sobre el propósito de las grabaciones y el uso de las grabaciones.

Sí, entiendo que mis sesiones serán grabadas.

Yo entiendo que:

- El propósito de las grabaciones es para la supervisión o para discusiones de entrenamiento.
- Estas grabaciones son borradas o destruidas sin tardanza del fin de cada año académico y son típicamente eliminadas mensualmente.
- Estas grabaciones no podrán ser usadas para ningún otro propósito sin mi permiso explícito por escrito.
- Yo entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y recibir referencias para otras agencias comunitarias de salud mental.
- Estas grabaciones no son parte de mi registro/expediente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Padre/Guardián #1

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Cliente/Padre/Guardián #1

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Padre/Guardián #2

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Cliente/Padre/Guardián #2

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo/ Clínico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Testigo/Clínico