
**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA CAPTURA DE IMAGEN Y
AUDIO EN INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS U OTRAS SITUACIONES
RELACIONADAS CON EL PROCESO DE INTERVENCIÓN**

Lugar: _____

Fecha: _____

Quien(es) suscribe(n) el presente documento, obrando como representante(s) legal(es) del menor _____, identificado(a) con el documento de identidad número _____ de _____, autorizo(amos) con la firma de este documento al terapeuta conductual Julián Alberto Rivas Santiago, para la captación de imágenes y/o grabaciones de audio del menor, con el propósito de registrar y monitorear el progreso del proceso terapéutico en la intervención conductual.

Objeto de la Autorización

Por medio de este documento, autorizo(amos) a Julián Alberto Rivas Santiago a:

- 1. Captar Imágenes y Grabaciones:** Tomar fotografías, realizar grabaciones en video y audio que registren el estado conductual y de habilidades del menor, con el único fin de evaluar y monitorear el progreso terapéutico en las sesiones de intervención.
- 2. Uso Restringido del Material:** Utilizar dicho material exclusivamente en el ámbito profesional del terapeuta y para compartir con otros miembros del equipo terapéutico que participen en la intervención del menor. El material se compartirá sólo cuando sea necesario para propósitos terapéuticos, en beneficio del progreso y evaluación del menor.
- 3. Protección de Privacidad e Integridad:** Garantizar que las imágenes y grabaciones serán utilizadas únicamente con fines terapéuticos y de monitoreo, y que en ningún caso serán difundidas o divulgadas fuera del equipo profesional o en ningún otro espacio que no sea el personal del terapeuta para el cumplimiento de los fines descritos.

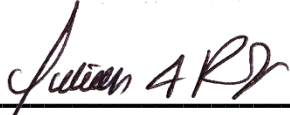
Confidencialidad y Garantías

Este consentimiento se otorga bajo la condición de que las sesiones en las que se capte la imagen o la voz del menor se realicen bajo estricto respeto a la dignidad, intimidad, buena imagen y buen nombre del menor. En ningún momento se vulnerarán sus derechos ni se harán usos adicionales a los aquí estipulados sin la autorización expresa de sus representantes legales.

Firma del(de) (los) representante(s) Legales:

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal a cargo

Identificación



Julián Rivas
Especialista en intervención ABA en autismo
Magíster en intervención psicológica en el desarrollo y la educación (a espera de titulación)
Técnico Conductual