**Reconocimiento de las políticas y procedimientos y recibo de la notificaciόn de práticas de privacidad**

**Es una práctica estándar del Centro de Defensa de Niños (Child Advocacy Center) del Condado de Sampson grabar digitalmente todas las entrevistas de niños. Fotografías y grabaciones de alguna o todas las partes del examen del niño tambien se pueden hacer. Copias de las grabaciones se proporcionaran al investigador de cumplimiento de la ley asignado a cada caso.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que las fotografías y garbaciones digitales se puden tomar y que pueden ser**

**(Sus inciales Por Favor) utilizadas en los procedimientos judiciales.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que el Centro de Defensa de Niños del Condado de Sampson conservará**

**(Sus incialesPor Favor) los derechos de propiedad a estas fotografías y grabaciones y que se guardaran de forma segura por la cantidad de tiempo requerido por la ley.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que estas fotografías y grabaciones (con ninguna informaciόn identificable o**

**(Sus inciales Por favor) señales) puede utilizarse por el Centro de Defensa de Niños del Condado de Sampson para entrenamiento o propositos educativos.**

**Es el procedimiento estándar del Centro de Defensa de Niños del Condado de Sampson de compartir informaciόn del caso con agencias de investigaciόn, asi como con el equipo multidisciplinario del Condado de Sampson. Informaciόn sobre resultados de examines medicos y entrevistas forenses seran compartidos con los otros miembros del equipo de investigaciόn y pueden ser utilizados como evidencia en un tribunal de justicia.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Yo entiendo que el Centro de Defensa de Niños del Condado de Sampson puede compartir**

**(Sus Inciales Por Favor) informaciόn con otras agencias apropiadas según lo considere necesario.**

**Su firma a abajo indica su entendimiento de las prácticas del Centro de Defensa del Niño del Condado de Sampson en la toma de fotografías y grabaciόn digital y tambien indica que entiende que el caso de su niño sera discutido por el equipo multidisciplinario con el proposito de hacer recomendaciones del caso para servicios apropiados para su niño y familia . Al firmar abajo, usted también reconoce que:**

* **Es el paciente o el representante personal del paciente ;**
* **Ha recibido una copia del “Aviso de Practicas de Privicidad” para el Centro de Defensa de Niños del Condado de Sampson ; y**
* **Usted entiende que usted puede comunicarse con la persona nombrada en el Aviso de Práticas de Privacidad si tiene preguntas sobre el contenido**

**………………………………………………………………………………………………………**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Nombre del padre/tutor)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma del padre/tutor)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Fecha)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma del testigo)**