

ACTIVIDAD:

- Familia: Nº Hª Clínica:/..... Terapeuta:
- Otras:.....

AUTORIZACIONES:

- Doy mi consentimiento expreso para el tratamiento administrativo y terapéutico de nuestros datos por parte del IAF y acepto (Consentimiento Informado) las condiciones de evaluación, diagnóstico y tratamiento del centro (incluye terapia familiar, individual y grupal si procede).
- Autorizo **grabación** por medios audiovisuales para fines **terapéuticos**
- Autorizo grabación por medios audiovisuales para fines **docentes**
- Autorizo **docencia e investigación**

Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de acuerdo con las opciones señaladas, autorizando al Instituto de la Familia Dr. Pedro Herrero, a las mismas.

Sant Joan d'Alacant a de de 20

Firmado:
 Nombre y Apellidos:.....
 DNI:.....

GRABACIÓN:

- Terapeuta decide **conservar** grabación al alta de terapia familiar. Fecha y firma:
- Terapeuta decide **eliminar** grabación. Fecha y firma:
- Observaciones: