

**Autorización y consentimiento para la participación del menor  
en la encuesta y la recopilación de información  
personal relacionada por parte de la Junta de Bienestar Juvenil (JWB)  
del Condado Pinellas**

Yo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (imprimir, nombre(s) del padre, madre o tutor legal del participante(s) reconozco que el(los) menor(es) nombrado(s) a continuación (el "Participante") es participante de un programa o servicio (el "Programa") financiado por la Junta de Bienestar Juvenil del Condado Pinellas ("JWB"). Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que el participante tome parte en encuestas escritas en papel, a través de la página web o por otros medios electrónicos que el programa y/o JWB puedan realizar ocasionalmente, con el fin de contribuir a la mejora de los servicios ofrecidos. Entiendo que, como parte de estas encuestas, se podrá recopilar y asociar el nombre completo, la fecha de nacimiento y el domicilio o dirección física del participante junto a sus respuestas.

Entiendo que esta información no se divulgará a terceros sin el consentimiento correspondiente o salvo que lo permita o exija la ley aplicable, a excepción de los informes que presenten datos sobre grupos de personas de forma desidentificada, es decir, sin revelar información que identifique al participante como individuo.

Reconozco que tengo derecho a retirar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud por escrito. Sin embargo, JWB o el programa pueden haber hecho uso de esta autorización antes de recibir la notificación de mi renuncia, y es posible que ya se hayan tomado medidas basándose en dicha autorización. Puedo revocar esta autorización enviando mi solicitud por escrito al centro, clínica o departamento donde la presenté, pero entiendo que dicha revocación no se aplicará a las acciones ya tomadas antes de la misma.

Al firmar a continuación, reconozco que he dado mi consentimiento según lo indicado anteriormente de manera libre, voluntaria y sin ningún tipo de coacción, y que he recibido una copia de esta autorización, firmada por mí en la fecha indicada a continuación.

Menor / Participante (nombre impreso): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de entrada en vigor

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado del Participante (marque uno):

☐ Participante ☐ Padre ☐ Tutor  
☐ Representante personal (Se requieren documentos legales)