



USE OF CLINICAL MATERIALS CONSENT FORM

Este formulario debe ser revisado y firmado por el estudiante de CPE antes de la admisión formal a un programa de CPE acreditado por ACPE y al comienzo de cada unidad subsiguiente en la que el estudiante se inscribe.

Los estudiantes de CPE serán informados antes de ser aceptados en el programa, así como al comienzo de cada unidad subsecuente, que sus materiales clínicos y medios de observación grabados y / o en vivo que son pertinentes a los procesos de certificación para Candidatos a Educadores Certificados o Asociados Certificados por ACPE. Los educadores que sean pertinentes al proceso de revisión por pares para los educadores certificados por ACPE, que sean pertinentes al proceso de acreditación de un centro o que sean pertinentes a los estudios de investigación aprobados por el ACPE, se pueden utilizar desde la unidad. ***Toda la información de identificación se eliminará de documentos escritos. Una copia de este acuerdo firmado permanecerá como parte de los archivos del centro por tiempo indefinido. Los materiales que no son compatibles con este formulario de consentimiento firmado*** **NO PUEDEN UTILIZARSE.**

Yo, _____ entiendo que _____
Nombre en letra de imprenta de los estudiantes Candidato a educador certificado / Educador certificado por ACPE asociado
/ Educador certificado por ACPE

Usaré mi evaluación escrita, la evaluación escrita de mí por parte del educador mencionado anteriormente y otros materiales clínicos pertinentes al proceso del educador mencionado anteriormente para obtener la certificación como Educador certificado por ACPE o como parte del proceso de revisión por pares del educador mencionado anteriormente, y yo comprender que dichos materiales tendrán información personal redactada. Entiendo que el educador mencionado anteriormente utilizará medios de observación grabados y / o en vivo que sean pertinentes al proceso del educador mencionado anteriormente para obtener la certificación como Educador certificado por ACPE o como parte del proceso de revisión por pares del educador mencionado anteriormente, y entiendo que esos medios me identifiquen. Entiendo que este uso es para el desarrollo profesional, la certificación y / o la revisión por pares del educador mencionado anteriormente. Entiendo que mis materiales escritos y los medios de observación en vivo / grabados que pueden identificarme pueden ser leídos, escuchados, vistos y discutidos por los colegas profesionales del educador mencionado anteriormente a medida que evalúan el desarrollo profesional y la competencia del educador mencionado anteriormente como certificado por ACPE. Educador.

Entiendo que mi centro puede utilizar mis materiales clínicos como datos para demostrar el cumplimiento de los Estándares de la ACPE para la acreditación y / o para los estudios de investigación aprobados por la ACPE sin que se me notifique más.

Mi firma otorga consentimiento a todo lo anterior.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, a la persona mencionada anteriormente y que si elijo hacerlo, ya no podré participar en la unidad de CPE y no recibiré crédito por la unidad. Cualquier material clínico y / o medio de observación en vivo / grabado obtenido antes de la revocación de esta autorización aún puede ser utilizado por el educador mencionado anteriormente.

Firma del estudiante

Fecha

Fechas de inicio y finalización de la unidad