

SHRINERS HOSPITALS FOR CHILDREN®

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES DE PACIENTES PARA MARKETING, RELACIONES PÚBLICAS Y RECAUDACIÓN DE FONDOS

Entiendo que Shriners Hospitals for Children® (“Shriners”) es una organización de caridad que depende, en parte, del apoyo financiero del público para el funcionamiento de sus hospitales. También comprendo que Shriners participa de programas de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos diseñados para promocionar la disponibilidad de sus servicios y la necesidad de donaciones y apoyo financiero continuos.

Se me ha pedido permiso para el uso de fotografías, diapositivas, películas, cintas de video, cintas de audio, largometrajes y otras grabaciones que contengan mi imagen y/o voz si tengo catorce (14) años o más de edad, o de mi hijo/a, si soy el padre, la madre o el tutor legal de un menor, como parte de los programas de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos. Se me ha garantizado que consentir o negarme a otorgar tal permiso no tendrá repercusión alguna sobre ninguna decisión que tome Shriners acerca de la asistencia médica.

Deseo ayudar a Shriners con sus programas de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos, y brindo mi consentimiento para la producción y el uso de fotografías, diapositivas, cintas de video, cintas de audio, largometrajes y otras grabaciones de _____ n.º reg. médico: _____, o partes de su cuerpo, para propósitos de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos.

Este formulario de autorización caduca automáticamente cinco (5) años después de la fecha en que fue firmado. El uso o uso continuado de cualquier fotografía, diapositiva, película, cinta de video, cinta de audio, largometraje u otras grabaciones producidos mientras esta autorización esté en efecto no se verá afectado por la caducidad de este documento.

Podré revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a _____. Sin embargo, la revocación de esta autorización no afectará el uso o uso continuado de cualquier material que se haya creado sobre la base de mi autorización anterior.

Comprendo también que estas fotografías, diapositivas, películas, cintas de grabación, cintas de audio, largometrajes u otras grabaciones pueden ser distribuidas por otras personas (como copias de una fotografía) y que Shriners no puede evitar que esto suceda.

Tuve la oportunidad de realizar preguntas acerca de la autorización y, o bien no tengo preguntas o estas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Cedo todos y cada uno de los derechos de pago o regalías en relación con cualquier exhibición, publicidad de impresión y transmisión, televisión, transmisión en el sitio de la Intranet de Shriners o en Internet, distribución digital o cualquier otra muestra de estos largometrajes, cintas de video, grabaciones sonoras o fotografías utilizadas para promover la misión de Shriners.

Acuerdo eximir a Shriners y a sus compañías afiliadas, al hospital y a todo su personal y voluntarios, a The Imperial Council, a Shriners International, a Shrine Temples, a sus funcionarios, miembros y empleados de cualquier responsabilidad relacionada con la preparación o uso de estas fotografías, diapositivas, películas, cintas de video, cintas de audio, grabaciones digitales, largometrajes u otras grabaciones.

____ Brindo consentimiento ____ No brindo consentimiento para el uso de mi nombre o el nombre de mi hijo/a en la publicación de estas fotografías, diapositivas, películas, cintas de video, cintas de audio, largometrajes u otras grabaciones en relación con los programas de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos de Shriners Hospitals for Children®.

Firma del paciente (si tiene 14 años o más)

Fecha

Firma del padre/la madre/el tutor legal (si corresponde)

Fecha

Firma del testigo

Fecha



Para uso exclusivo del Hospital/Relaciones Públicas

Nombre del paciente: _____ F ____ M ____

Hospital: _____ Fecha de nacimiento _____ Edad en la fotografía ____

Ortopédico Quemaduras Columna vertebral

Nombre(s) del/de los padre(s)/el tutor legal _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Número de teléfono laboral: (_____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fotógrafo: _____

Comentarios: